

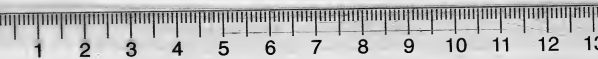
ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE

BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

ANNÉE 1934

TOME PREMIER



ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

ANCIENS RÉDACTEURS EN CHEF :
(1843-1930)

BAILLARGER, CERISE, LONGET,
BRIERRE DE BOISMONT, MOREAU (de Tours).
LUNIER, FOVILLE, RITTI, HENRI COLIN

RÉDACTEUR EN CHEF : RENÉ CHARPENTIER

COMITE DE REDACTION :

MM. ABADIE, D. ANGLADE, BEAUSSART, Ch. BLONDEL, CAPGRAS,
H. CLAUDE, G. DE CLÉRAMBAULT, COURBON, A. DELMAS, DEMAY,
G. DUMAS, DUPOUY, EUZIÈRE, J. HAMEL, Pierre JANET, KLIPPEL,
LAIGNEL-LAVASTINE, LAUZIER, J. LÉPINE, LÉVY-VALENSI, LHERMITTE,
R. MALLET, MARCHAND, MIGNOT, PACTET, PIERON, POROT, RAVIART,
RAYNIER, ROGUES DE FURSAC, SÉGLAS, SEMELAIGNE, SÉRIEUX,
Th. SIMON, TINEL, TOULOUSE, TRUELLE, VERNET.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

REVUE PSYCHIATRIQUE
BULLETIN OFFICIEL DE LA
SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

FONDATEUR.
J. BAILLARGER
RÉDACTEUR EN CHEF :
RENÉ CHARPENTIER

XIV^e SÉRIE — 92^e ANNÉE — 1934
TOME PREMIER



90152

MASSON & C^{ie}, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

PUBLICATION PÉRIODIQUE
PARAISANT 10 FOIS PAR AN

8 JUL 52

100-521400-100

100-521400-100

100-521400-100

100-521400-100

TABLE DES MATIÈRES

QUATORZIÈME SÉRIE - 92^e ANNÉE - TOME I

JANVIER-MAI 1934

MÉMOIRES ORIGINAUX

	Pages
Contribution à l'étude de la mimique fronto-orbitaire, par MM. J. ROGUES de FURSAC et Georges d'HEUCQUEVILLE.....	1
Syphilis cérébrale à forme hypocondriaque, par M. C.-I. URECHIA...	28
L'internement des arriérés sociaux (Pervers constitutionnels), par MM. Xavier et Paul ABÉLY.....	157
Un internement contesté, par M. G. HEUYER.....	184
A propos d'un divorce prononcé pendant l'internement, par MM. M.-P. GARDIEN et P. LÉCULIER.....	209
L'état mental au cours de l'accès catatonique. (Rôle de l'onirisme et des idées post-oniriques dans le négativisme, les délires et les hallucinations des catatoniques. Faux aspects de simulation. Etiologie toxique), par M. H. BARUK.....	317
Action de la vagotonine sur le système neuro-végétatif des éléments précoces, par MM. M. DESRUELLES, P. LÉCULIER et M.-P. GARDIEN.....	347
L'évolution du dessin chez un paralytique général avant et après malariathérapie. Contribution à l'étude de l'action des traitements actuels de la paralysie générale, par MM. H. CLAUDE et P. MASQUIN...	356
Psychose toxi-infectieuse récidivante d'origine génitale, par MM. J. LALANNE et P. AUBRY.....	375
L'explication délirante, par MM. J. CAPGRAS, H. BEAUDOUIN et R. BRIAU.	477
Un cas typique de schizophrénie, par M. M. ENGELSON.....	509
Le liquide céphalo-rachidien xanthochromique en psychiatrie (d'après 60 observations), par M. A. COURTOIS et Mme Yv. ANDRÉ.....	520
Contribution à l'histoire des classifications psychiatriques, par MM. M. DESRUELLES, P. LÉCULIER et M.-P. GARDIEN.....	637
X Mentalité primitive et Psychopathologie, par M. J. LÉVY-VALENSI....	676
La pyrétothérapie soufrée dans la démence précoce, par MM. A. DONNADIEU et P. Léo.....	702

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

	Pages
Bureau pour 1934.....	37
Liste des membres établie le 15 janvier 1934.....	37

Séance du jeudi 11 janvier 1934

Correspondance.....	54
Hypomanie secondaire à un délire de persécution, par MM. P. COURBON et M. LECONTE.....	55
De la place des impressions sensibles dans la genèse des hallucinations parlées, par M. D. LAGACHE.....	61
Du rôle de l'éréthisme moteur primitif dans la genèse des hallucinations parlées, par MM. P. GUIRAUD et D. LAGACHE.....	69
Des possibilités d'utilisation du sérum humain normal en thérapeutique psychiatrique, par M. P. DOUSSINET et Mlle E. JACOB.....	74
Données cliniques sur la valeur thérapeutique du sérum humain normal, par M. G. DEMAY, Mlle E. JACOB et M. P. DOUSSINET.....	79
Crise maniaco-dépressive traitée par les injections intraveineuses de sérum humain, par M. J. TINEL et Mlle E. JACOB.....	91
L'évolution du dessin chez un paralytique général avant et après malariathérapie, par MM. H. CLAUDE et P. MASQUIN.....	97
Don guérisseur chez une aliénée. Les délires d'invention médicale et de guérison, par MM. H. CLAUDE, J. DUBLINEAU et CARON.....	98
Troubles psychiques de type mystique. Etat oniroïde et confusionnel avec pouvoir de résurrection. Crises nerveuses avec émission d'urine. Possibilité d'un état comitial, par MM. H. CLAUDE, J. DUBLINEAU et RUBENOVITCH.....	103

Séance du lundi 22 janvier 1934

Allocution de M. Georges DUMAS, président sortant.....	110
Allocution de M. Roger MIGNOT, président.....	111
Adoption du procès-verbal.....	111
Correspondance.....	111
Commission d'examen des candidatures à une place de membre titulaire...	112
Commission des prix.....	112
Action de la vagotonine sur le système neurovégétatif des déments précoces, par MM. DESRUELLES, P. LÉCULIER et Mme P. GARDIEN.....	113
A propos des mesures de sûreté prévues dans l'avant-projet de réforme du code pénal, par M. J. LAUZIER.....	113
Les idées de persécution dans la manie, par MM. P. COURBON et M. LECONTE.....	121

Séance du jeudi 8 février 1934

Correspondance.....	215
Date de la séance du mois d'avril.....	215

	Pages
Un cas de perversion constitutionnelle, par MM. X. et P. ABÉLY et NODET.....	216
Un cas de maladie familiale de Roussy-Lévy avec troubles mentaux, par M. P. GUIRAUD et Mlle M. DEROMBIES.....	224
Aréflexie, pieds creux, amyotrophie accentuée, signe d'Argyll Robertson et troubles mentaux, par MM. P. GUIRAUD et J. AJUBIAGUERRA.....	229
Maladie de Pick, par MM. P. GUIRAUD et M. CARON.....	234
Syndrome d'imitation du nourrisson (trophimomimie) d'allure hystérique chez une demente précoce en évolution. Contribution à l'étude des manifestations hystériques dans la démence précoce, par MM. R. DUPOUY, A. COURTOIS et A.-P.-L. BELEY.....	237
Modifications du liquide céphalo-rachidien dans un cas de délire hallucinatoire, par MM. A. COURTOIS et A. BELEY.....	239
Evolution schizophrénique et colibacillose puerpérale, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, G. d'HEUCQUEVILLE et P. GUILLY.....	243
L'épaississement diffus post-traumatique du crâne : note préliminaire, par MM. A. MISSET et A.-F. LIBER.....	246

Séance du lundi 26 février 1934

En l'honneur de S. M. ALBERT I ^{er} , Roi des Belges.....	249
Adoption du procès-verbal.....	249
Correspondance.....	249
Commission d'examen des candidatures à une place de membre titulaire...	250
Dates des séances du mois de mai.....	250
Election d'un membre correspondant national.....	250
Election d'un membre associé étranger.....	251
Election à une place de membre titulaire.....	251
Les formes psychopathiques de la maladie pseudo-bulbaire, par M. R.-D. ANGLADE.....	251
Etats « dysesthésiques » de structure comitiale, par MM. H. CLAUDE, Henri Ey et MIGAULT.....	257

Séance du jeudi 8 mars 1934

Adoption du procès-verbal.....	382
Correspondance.....	382
Le cerveau d'une centenaire, étude anatomo-clinique, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, I. BERTRAND et A.-F. LIBER.....	383
Contribution à l'étude des fractures et des luxations au cours des crises épileptiques, par MM. J. VIÉ et P. QUÉRON.....	386
Délire systématisé de jalousie conjugale, par MM. P. COURBON et M. LECONTE.....	391
Coïncidences familiales de démence précoce et de psychose périodique, par M. J. TINEL.....	396
Syndrome psychopathique postencéphalitique évoluant chez une périodique, par MM. Ch. RICHTET fils, J. DUBLINEAU et P. RUBENOVITCH.....	405
Hypertonie avec attitude en adduction des membres. Etat délirant sous-jacent de cause mal déterminée, par MM. CROUZON, J. DUBLINEAU et P. RUBENOVITCH.....	411
Syndrome paralytique d'origine indéterminée, par M. A. COURTOIS et Mlle Elizabeth JACOB.....	417

Séance du lundi 23 avril 1934

	Pages
Adoption du procès-verbal.....	535
Correspondance.....	535
Election d'un membre correspondant national.....	536
Election d'un membre associé étranger.....	537
Election à une place de membre titulaire.....	537
A propos de l'ordre du jour de la Société.....	537
Essais thérapeutiques inspirés par la constatation de l'acidose et de la rétention chlorée dans divers syndromes mentaux, par MM. E. MARTIMOR et J. BRZEZINSKI.....	538
Syndrome hallucinatoire et anxieux évoluant depuis 3 ans. Modifications du liquide céphalo-rachidien et atrophie cérébrale à prédominance frontale (encéphalographie), par MM. A. COURTOIS, P. PUECH et A. BELEY.....	545
Démence précoce à forme délirante. Disparition des hallucinations et du délire au cours d'une fièvre typhoïde grave, par MM. G. HEUYER et TISON.....	552
Etat schizomaniac, crises délirantes par poussées à caractère oniroïde. Éléments intuitifs et compensateurs, par MM. H. CLAUDE, J. DUBLINEAU, H. EY et P. RUBENOVITCH.....	557

Séance du jeudi 17 mai 1934

Aphasie sensorielle post-traumatique, par MM. MARCHAND et A. COURTOIS	714
Un cas d'obsession guéri par la réalisation de l'idée obsédante, par MM. G. HEUYER et S. NACHT.....	720
Stupeur catatonique par pyélonéphrite colibacillaire, par M. H. BARUK.	726
Syndrome aphaso-agnoso-apraxique-présénile, par MM. Paul ABÉLY et Gaston FERDIÈRES.....	733
Réaction méningée subaiguë dans l'alcoolisme chronique, par M. A. COURTOIS et M ^{lle} E. JACOB.....	736
Tentative de suicide par la hache d'un alcoolique, au début d'une paralysie générale, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, Georges d'HEUCQUEVILLE et Michel GAUTIER.....	741
Coma gardénalique traité à la période agonique par l'oxygène associé à la strychnine, par MM. A. COURTOIS, A. BELEY et M. ALTMAN.....	742

Séance du lundi 28 mai 1934

Adoption du procès-verbal.....	746
Correspondance.....	746
Date de la séance du mois de juillet.....	747
Date de la séance du mois d'octobre.....	747
Dîner annuel.....	747
Election de 2 membres correspondants nationaux.....	747
Election de 3 membres associés étrangers.....	748
Prix de la Société. 1. Prix Aubanel. Rapport sur le mémoire présenté....	748
Question posée pour le prix Aubanel à décerner en 1937.....	751
2. Prix Moreau de Tours. Rapports sur les mémoires présentés.....	751
3. Prix Trénel. Rapport sur le mémoire présenté.....	753
4. Legs Christian.....	754

	Pages
Mentalité paranoïde et mentalité primitive, par M. G. DUMAS.....	754
La réaction de Kottmann dans la psychose hallucinatoire chronique, par MM. J. HAMEL, M. CHAVAROT et P. ROYER.....	762
Transmission expérimentale de virus filtrants par injection au cobaye de liquide céphalo-rachidien de déments précoces, par MM. M. DIDE et P. AUJALEU.....	766
Bactéries dans le sang des déments précoces, par MM. M. DIDE et P. AUJALEU.....	768
Une terminaison de la xénopathie : la réintégration du délire, par M. J. VIÉ.....	772
Variations des classifications psychiatriques au Canada français (1924-1932), par M. A. BROUSSEAU.....	777

RÉUNIONS ET CONGRÈS

II^e Réunion Européenne d'Hygiène Mentale

(Rome, 27-28 septembre 1933)

Rapports

1. L'école et l'hygiène mentale, par M. E. MEDEA.....	276
2. L'assistance publique extra-hospitalière aux prédisposés aux maladies mentales et aux malades sortis des hôpitaux psychiatriques, par Aug. LEY.....	278
3. L'importance de la famille pour l'hygiène mentale, par M. Hans ROEMER.....	279

Communications

L'hygiène mentale du langage, par M. Desirer WEISS.....	277
Les services de prophylaxie neuro-mentale en Italie, par M. PELLACANI.....	279
La question du suicide en Turquie, par M. FAHREDDIN KERIM.....	281
L'influence de la famille sur la criminalité des mineurs, par M. COCHERI...	281
La statistique européenne des malades mentaux, par M. BERSOT.....	281
Sur l'enfance anormale et l'éducation de la mère et de l'enfant, par M. R. METTETAL.....	281
L'héroïnomanie à Istamboul, par M. MAZHAR-OSMAN.....	281

IV^e Réunion plénière de la Société Anatomique

(Paris, 12-13 octobre 1933)

1^{re} question. — L'hémorragie cérébrale.

1. Étude expérimentale de l'hémorragie cérébrale, par H.-T. DEELMAN.....	429
2. Des attaques d'apoplexie et de leur pathogénèse, par M. P.-H. SCHWARTZ.....	430
3. Pathogénie et physico-pathologie de l'hémorragie cérébrale, par M. J. LHERMITTE.....	431

Communications

	Pages
Hémorragie cérébrale et hypertension artérielle expérimentales. Dédutions thérapeutiques, par MM. P. WERTHEIMER, J. DECHAUME et FONTAINE.....	432
Deux cas d'hémorragie ventriculaire, par M. H. BRUNSCHWEILER.....	433
Note anatomo-pathologique sur 10 cas d'encéphalite psychosique hémorragique, par MM. L. MARCHAND et A. COURTOIS.....	433
De la saignée dans le traitement de l'hémorragie cérébrale, par M. E. BERNARD.....	433
Contribution à l'étude de l'histobiochimie de l'hémorragie cérébrale (Recherches sur la régression chimique du pigment du sang du foyer apoplectique), par M. E. de BALOCH.....	433
Renseignements statistiques concernant 56 cas d'hémorragie cérébrale observés à l'Infirmerie de la Salpêtrière entre 1923 et 1933, par MM. G. GUILLAIN et S. de SÈZE.....	433
Parésie homonyme tardive à la suite d'une hémorragie cérébrale, par M. H. HAMDI.....	434

2^e question. — Anatomie médico-chirurgicale des pédicules nerveux de l'appareil viscéral.

1. Systématisation macroscopique, par M. J. DELMAS.....	434
2. Étude microscopique, par M. F. KISS.....	435

Communications

Les nerfs du thymus, par MM. P. CORDIER et COULOUMA.....	436
Les ganglions nerveux du plexus carotidien interne chez l'homme, par M. A. GELLERT.....	436
Les ganglions intraviscéraux du système nerveux végétatif, par M. P. BACSICH.....	436
Sur la terminaison du nerf pneumogastrique antérieur, par M. J. BOTAR....	436
Lésions des pédicules viscéraux dans l'inflammation chronique, par MM. M. FABRE, J. DECHAUME et P. GIRARD.....	436
Étude de l'anatomie microscopique de la moelle épinière par la méthode des coupes longitudinales plurisegmentaires, par MM. L. LARUELLE et M. REUMONT.....	436

Groupeement Belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophtalmologiques et Neuro-Chirurgicales

(Réunion annuelle tenue à Bruxelles le 17 décembre 1933)

Rapport. — Les thrombo-phlébites du sinus caverneux

1. Partie clinique, par M. MOREAU.....	437
2. Partie chirurgicale, par M. CHRISTOPHE.....	438

Communications

Chirurgie des thrombo-phlébites des sinus, par M. PORTMANN.....	438
Thrombo-phlébite du sinus caverneux unilatérale et à évolution chronique. Etude radiologique, par MM. BAUWENS, L. van BOGAERT et THIENPONT....	439

	Pages
Thrombo-phlébite du sinus suite de scarlatine, par MM. DAGNÉLIE et DUBOIS.....	439
Thrombo-phlébite otitique sans mastoïde suppurée, par M. HICGUET.....	439
L'œdème temporal, symptomatique d'une thrombo-phlébite des veines fronto-ethmoïdales, par M. van CANEGHEM.....	440
Deux observations de thrombo-phlébites du sinus caverneux traitées par drainage, par M. LAUWERS.....	440

(Séance du 24 février 1934)

A propos d'un cas d'anosmie et d'agueusie complètes, par MM. J. HELSMOORTELT jr., R. NYSSEN et R. THIENPONT.....	442
Tumeur latérale du cavum avec extension endocranienne, par M. HEYNINX.....	442
A propos d'un syndrome d'hyperthermie, par MM. L. van BOGAERT et P. MARTIN.....	443
Tumeur suprasellaire; commentaires sur les troubles psychiques dans les tumeurs de cette région, par MM. P. MARTIN et L. van BOGAERT.....	443

Compte rendu des Travaux de la Section Neuro-Psychiatrique
du XIV^e Congrès des Médecins et Naturalistes Polonais

(Poznan, 12-15 septembre 1933)

Section Neurologique et Psychiatrique

1. Troubles accompagnant les lésions des centres sous-corticaux :

De la signification et du fonctionnement des centres sous-corticaux à la lumière de l'expérimentation physiologique, par M. Fr. CZUBALSKI.....	444
Psychisme sous-cortical, par M. HASKOVEC.....	445
Thérapeutique de la narcolepsie par l'éphédrine, par M. Otakar JANOTA.....	445
Les manifestations sous-corticales plus rares, par MM. H. HALBAN et J. ROTHFELD.....	445
Un cas rare de syndrome sous-cortical au cours de l'hydrocéphalie interne, par Mme Marie DEMIANOWSKA.....	445
Quelques troubles de la marche dans l'encéphalite épidémique, par M. T. DOSUZKOV.....	445
Etude anatomo-clinique du syndrome rubrothalamique, par MM. T. DOSUZKOV et C. UTTL.....	445
Contribution à l'histologie des centres sous-corticaux, par M. C. UTTL.....	445
Exposé de l'organisation des dispensaires pour les malades atteints de séquelles d'encéphalite épidémique et résultats du traitement de ces états par l'atropine à haute dose, par M. Stanislas TEPPA.....	445
Un cas clinique d'hyperkinésies peu communes, par M. W.-J. GODŁOWSKI.....	445
Résultats du traitement des syndromes extra-pyramidaux par le sulfate d'atropine, par Mlle L. FISZHAUT.....	446
Syndrome oculo-encéphalique dans un cas de gliome (spongioblastome de la protubérance et du pédoncule) par M. Z. W. KULIGOWSKI.....	446

2. Etats inflammatoires du système nerveux central :

Discussion des opinions actuelles concernant les inflammations primitives du système nerveux à étiologie inconnue, par M. C. ORZECZOWSKI.....	446
L'encéphalite aiguë disséminée au cours des dernières années dans notre pays, par M. K. HENNER.....	447

	Pages
Affections inflammatoires sans étiologie connue observées dans la Clinique Neurologique de l'Université de Varsovie au cours des six dernières années, par MM. GRABARZ et Z. W. KULIGOWSKI.....	447
Constatations personnelles sur les lésions inflammatoires du système nerveux central d'étiologie inconnue, par M. Z. W. KULIGOWSKI.....	447
L'encéphalo-myélite sans étiologie connue dans le matériel clinique du service neurologique de l'Hôpital « Czyste » à Varsovie, par MM. W. STERLING et E. HERMAN.....	447
De l'inflammation disséminée du système nerveux chez les enfants, par M. L. PRUSSAK.....	447
Présentation du matériel clinique du service neurologique à Lwow, par MM. A. DOMASZEWICZ et W. STEIN.....	448
Inflammation primitive du système nerveux d'après le matériel de la Clinique Neurologique de U. J. K. à Lwow, par Mme FALKIEWICZ.....	448
Polynévrite d'origine inconnue et subaiguë dans le matériel de la Clinique Neurologique de l'Université de Poznanie, par Mme A. GRUSZECKA.....	448
Processus aigus disséminés inflammatoires et primitifs du système nerveux d'origine indéterminée (Etude du service neurologique de l'Hôpital Scolaire C. W. San), par M. MOZOLOWSKI, Mme MORAWIECKA et M. TYCZKA.	448
 3. Chronaxie :	
Sur la chronaxie du système végétatif, par Mlle J. HURYNOWICZ.....	449
Les modifications de la chronaxie dans les états chroniques du parkinsonisme encéphallitique, par M. E. BENA.....	449
La chronaxie des points moteurs dans les mêmes conditions physiologiques, par M. E. BENA.....	449
La chronaxie de subordination envisagée comme une manifestation de la mémoire biologique, par M. J. MAZURKIEWICZ.....	449
Modifications de la chronaxie vestibulaire au cours de la vie humaine, par Mme J. SKRZYPINSKA.....	449
 4. Communications libres :	
L'histo-pathologie des terminaisons nerveuses dans la tuberculose, par M. LAWRENTIEW.....	450
Un cas de sclérose en plaques isolée de la moelle épinière, par M. Th. DOSUZZKOV.....	450
Un cas d'oligodendrogliome du lobe temporal droit à évolution insolite, par M. A. GELBARD.....	450
Formations cartilagineuses cause de compression médullaire (queue de cheval), par M. S. BAU-PAUSSAK.....	451
Tumeurs cérébrales d'origine tuberculeuse, par M. J. BORYSOWICZ.....	451
Un syndrome mésencéphalique inaccoutumé, par Mme S. Adam FALKIEWICZ.	451
Oblitération de l'aqueduc de Sylvius due à la prolifération de l'épendyme, par MM. W. JAKIMOWICZ et Z. KULIGOWSKI.....	451
Méningite nécro-toxique dans un cas de nécrose étendue de la moelle épinière, par MM. W. JAKIMOWICZ et J. GRABARZ.....	451
Lésions de la dure-mère dans un cas de glioblastome du cervelet ayant simulé des lésions tuberculeuses, par M. Z. W. KULIGOWSKI.....	452
Un cas rare d'érythromégalie au cours d'une polyglobulie, par M. S. RAJCA.	452
Symptômes de tumeurs de la partie inférieure de la région pariétale gauche (circonvolution ascendante et pariétale inférieure), par M. A. SLACZKA....	452

Section psychiatrique

	Pages
1. <i>Communications libres</i> :	
Contribution à la discussion sur les services psychiatriques libres, par M. Otakar JANOTA.....	453
Atrophie de Pick, par M. V. HASKOVEC.....	453
Etude sur la teneur en brome du sang des malades atteints de psychoses, par MM. M. SYROTA et W. TERAJEWICZ.....	453
La réaction de sédimentation des globules rouges dans les psychoses, par M. S. SWIERCZEK et Mme S. KAISER-SWIERCZEK.....	453
La « Protection Familiale » des malades psychiques dans la province de Vilno, par Mme JANKOWSKA.....	453
2. <i>Biologie criminelle</i> :	
Le criminel à la lumière de la psychanalyse, par M. BYCHOWSKI.....	454
La loi tchécoslovaque à l'égard des mineurs et le point de vue de la biologie criminelle, par M. K. POPEK.....	454
Etude de biologie criminelle dans son application aux criminels mineurs, par Mme W. SPECTOR.....	454

SOCIÉTÉS

Société Neurologique de Paris

<i>Séance du jeudi 11 janvier 1934</i>	129
<i>Séance du jeudi 1^{er} février 1934</i>	268
<i>Séance du jeudi 1^{er} mars 1934</i>	423
<i>Séance du jeudi 12 avril 1934</i>	567
<i>Séance du jeudi 3 mai 1934</i>	783

Société de Médecine légale de France

<i>Séance du lundi 8 janvier 1934</i>	133
<i>Séance du lundi 9 avril 1934</i>	570
<i>Séance du 14 mai 1934</i>	786

Société française de Psychologie

<i>Séance du jeudi 14 décembre 1933</i>	135
<i>Séance du jeudi 18 janvier 1934</i>	271
<i>Séance du jeudi 15 mars 1934</i>	572
<i>Séance du jeudi 19 avril 1934</i>	788

Société de Médecine mentale de Belgique

<i>Séance du 30 décembre 1933</i>	136
<i>Séance du 27 janvier 1934</i>	272
<i>Séance du 2^e février 1934</i>	426
<i>Séance du 24 mars 1934</i>	573

Société belge de Neurologie

<i>Séance du 27 janvier 1934</i>	274
<i>Séance du 24 mars 1934</i>	574
<i>Séance du 28 avril 1934</i>	789

VARIÉTÉS

	Pages
Asiles publics d'aliénés : Nécrologie.....	154, 474, 631
— — Légion d'Honneur.....	154, 474
— — Vacances de postes.....	154, 314, 475, 632, 811
— — Nominations.....	314, 631, 811
— — Concours pour 13 places de Médecins des Asiles Publics d'Aliénés.....	315, 632
— — Association Amicale des Médecins des Etablisse- ments publics d'Aliénés de France.....	315
— — Société médicale des Asiles de la Seine.....	315
— — Médaille d'Honneur des épidémies.....	474
— — Concours pour 2 places de Médecin-Chef des Asiles de la Seine.....	475, 633, 811
— — Médecins des Asiles victimes de leurs malades...	475
— — L'augmentation du nombre des aliénés dans le département de la Seine.....	633
— — Le prix de journée dans les Asiles de la Seine....	633
— — Le nombre des aliénés étrangers en France.....	633
— — Médaille d'Honneur de l'Assistance publique....	810
Association Amicale des Internes et anciens Internes des Asiles de la Seine.	811
Hygiène et Prophylaxie : L'Assistance aux enfants anormaux.....	155
— — Consultations pour enfants anormaux en Meurthe- et-Moselle.....	155
— — L'Assistance aux enfants anormaux dans l'Isère..	156
— — Journées d'Études d'Hygiène mentale (Anvers, 14 et 15 avril 1934).....	811
— — Le nombre des suicides en France.....	812
— — Une nouvelle classification psychiatrique améri- caine.....	812
— — Réunion Internationale d'Eugénique (Zurich, 18- 21 juillet 1934).....	812
Institut de France : Académie des Sciences Morales et Politiques.....	154
Institut des Hautes Études de Belgique : Hommage à la mémoire du professeur Paul SOLLIER.....	315
Nécrologie : A. D. JOURNIAC (1860-1934).....	316
— Pierre ALAIZE (1882-1934).....	636
Réunions et Congrès : II ^e Congrès International d'Hygiène mentale.....	476
— — XIX ^e Congrès de Médecine légale et de Médecine sociale de langue française.....	634
— — XIV ^e Réunion neurologique internationale annuelle..	635
— — Congrès hollando-belge de Neurologie et de Psychia- trie.....	635
Société Médico-Psychologique : Dates des séances.....	152, 314, 474, 631, 810
— — Prix : année 1935.....	152
— — — année 1936.....	153
— — — année 1937.....	153
— — Nécrologie.....	631
— — Dîner annuel.....	810
Université d'Alger : Transformation de Chaire à la Faculté de Médecine....	155

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES (1)

A

Acalculie (H. Douglas SINGER et Abraham A. Low), 597.
 Accusation (l'auto-) (J. LÉVY-VALENSI), 591.
 Acétylcholine (l') dans la migraine ophtalmique (Ch. DEJEAN), 150.
 Acidose et de la rétention chlorée (traitements inspirés par la constatation de l') dans divers syndromes mentaux (E. MARTIMOR et J. BRZEZINSKI), 538.
 Addie (maladie d') (BARRÉ et KLEIN), 425 ; (BARRÉ), 567.
 Adolescence (l') (J. ROUBINOVITCH), 309.
 Affaiblissement psychique et volume de la circulation cérébrale (T. FAY), 800.
 Agnosie et agueusie complètes (J. HELSMOORTELT jr., R. NYSSSEN et R. THIENPONT), 442.
 Alcoolisme chronique (réaction méningée subaiguë dans l') (A. COURTOIS et Mlle E. JACOB), 736.
 — et lagminisme en Tunisie (DINGUIZLI), 799.
 Algie rebelle (P. DIVRY et E. EVRARD), 574.
 Aliénation mentale (l') dans ses rapports avec l'émigration (R. MARTIAL), 308.
 Amnésie (l') dans ses rapports avec le crime (J. S. HOPWOOD et H. K. SNELL), 627.
 Amytal et rhodanate de sodium chez les malades mentaux (M. M. HARRIS et S. E. KATZ), 802.
 Anémiques (psychoses et névroses) (H. I. SCHOU), 593.
 Anomalies infantiles (comment combattre les) (Jacques ROUBINOVITCH), 457.
 Anosmie (F.-J. COLLET), 599.
 — (l') héréditaire (R. NYSSSEN, J. HELSMOORTELT jr. et R. THIENPONT), 599.

Anthropométrie des types physiques de Kretschmer (Wiktor WIGERT), 588.
 Aphasie sensorielle post-traumatique (L. MARCHAND et A. COURTOIS), 744.
 Aphaso - agnosie - apraxique présénile (syndrome) (P. ABÉLY et G. FERDIÈRES), 733.
 Apoplexie (des attaques d') et de leur pathogénèse (P. H. SCHWARTZ), 430.
 Apraxie pure constructive (J. LHERMITTE et J.-O. TRELLES), 291.
 — pure (Th. ALAJOUANINE et THUREL), 784.
 Aqueduc de Sylvius (oblitération de l') due à la prolifération de l'épendyme (W. JAKIMOWICZ et Z. KULIGOWSKI), 451.
 Arachnoïdite spinale chez une malade atteinte d'hémiplégie infantile (COHEN et DAGNÉLIE), 274.
 Aréflexie, pieds creux, amyotrophie, signe d'Argyll-Robertson et troubles mentaux (Paul GUIRAUD et J. AJURIA-GUERRA), 229.
 Argyll-Robertson (signe d') (HAGUENAU et LEDOUX-LEBARD), 569.
 Arriérés (internement des) sociaux (Xavier et Paul ABÉLY), 157.
 Arsénicaux et nerf optique (C. ROCHE), 801.
 Arsénobenzènes (intolérance aux) et petit éthylisme mondain (H. MONTLAUR), 801.
 Articulation (la biologie de la base d') (Jacques van GUINEKEN), 611.
 Assistance psychiatrique extra-hospitalière pour malades mentaux (Aug. LEVY), 278.
 — (l') des maladies mentales et des infirmités psychiques (Maurice DIDE), 311.
 — psychiatrique en Algérie ; l'hôpital psychiatrique de Blida (A. POROT), 797.

(1) Les chiffres en caractères gras se rapportent aux MÉMOIRES ORIGINAUX et aux COMMUNICATIONS à la Société Médico-Psychologique.

- mentale aux colonies (E.-L. PEYRE), 797.
- Ataxie aiguë expérimentale chez le singe (MOLLARET et STEFANOPOULOU), 784.
- Athétose et dystonie ; traitement par section du tractus moteur extrapyramidal (T.-J. PUTNAM), 803.
- Atrophies cérébelleuses (I. COSTA RODRIGUES et A. BORGES FORTES), 142.
- Atropine (l') dans les syndromes extrapyramidaux (Mlle L. FRITZHAUT), 446.
- Autohémothérapie (l') dans les maladies mentales chroniques (SALVATORE di MAURO), 620.
- Automatisme (l') mental (HEUYER), 573.
- Autotopagnosie (troubles du dessin chez les malades atteints d') (C. ENGERTH), 793.

B

- Babinski (signe de) chez les nourrissons (SCHACHTER), 601.
- Basedowienne (psychose) (M. NAGY), 306.
- Béri-béri en Islande (Helgi TOMASSON), 471.
- Bilinguisme (le) (A. MEILLET), 609.
- Boxeurs (étude neuropsychiatrique sur les) (E. IOKL et E. GUTTMANN), 291.
- Brome (le) dans le sang des malades atteints de psychoses (M. SYROTA et W. TERAJEWICZ), 453.
- Bromuré (delirium et autres psychoses dus au) (Max LEVIN), 592.

C

- Caractère (la pathologie du) (S. BOROWIECKI), 138.
- Caractérogéniques (les types) (M. DESOIR), 788.
- Carcéales (psychoses dites) (Luiz PINTO de TOLEDO), 630.
- Catalepsie par la bulbo-capsine ; action de la scopolamine et du gaz carbonique (Arthur S. PATERSON et Curt P. RICHTER), 303.
- Catatonie expérimentale par la bulbo-capsine (Barthona FERNANDES et Fernando FERREIRA), 303.
- Catatonique (l'état mental au cours de l'accès) (H. BARUK), 347.
- (stupeur) par pyélonéphrite colibacillaire (H. BARUK), 726.
- Cauchemar. Symptomatologie et Pathogénie (D. KOURETAS et Ph. SCOURAS), 591.
- Cavum (tumeur latérale du) avec extension endocranienne (HEYNIX), 442.

- Céphalée (traitement de la) traumatique par l'insufflation d'air (H. JESSEN), 149.
- migraineuse (amélioration par intervention chirurgicale de la) (D. G. DICKERSON), 625.
- Cérébration (les paresthésies de la) (I. DIVRY), 792.
- Cerveau (relation du) avec le cervelet (J. F. FULTON, E. G. T. LIDELL et D. Mck. RIOCH), 142.
- humain ; phénomènes électromagnétiques (Ferdinando CAZZAMALLI), 304.
- (le) d'une centenaire, étude anatomoclinique (LAINEL-LAVASTINE, Ivan BERTRAND et Amour F. LIBER), 383.
- Charité de Senlis (la), maison d'aliénés et de correctionnaires au XVIII^e siècle (Paul SÉRIEUX), 458.
- Cholestérinémie dans les maladies mentales (Parcell G. SCHUBE), 618.
- Chorée aiguë et mortelle par affection hémorragique de la région cortico-ostriée (Ludo van BOGAERT et Ivan BERTRAND), 143.
- fibrillaire de Morvan (H. ROGER, PEKELIS et ALLIEZ), 270.
- de Huntington (famille de sujets atteints de) (M. RINGENBACH et A. WERTHEMAN), 471.
- grave ; traitement par le sulfate de magnésie (W. LÓPEZ ALBO), 802.
- Chronaxie des muscles entraînés (E. BLUM), 301.
- du système végétatif (Mlle J. HURYNOWICZ), 449.
- dans les états chroniques du parkinsonisme postencéphalique (E. BENA), 449.
- des points moteurs (E. BENA), 449.
- de subordination, manifestation de la mémoire biologique (J. MAZURKIEWICZ), 449.
- vestibulaire (Mme J. SKRZYPINSKA), 449.
- Classifications psychiatriques (histoire des) (M. DESRUELLES, P. LÉCULIER et M.-P. GARDIEN), 637.
- (variations des) psychiatriques au Canada français (A. BROUSSEAU), 777.
- Code pénal ; mesures de sûreté prévues dans l'avant-projet de réforme (J. LAUZIER), 413.
- (nouveau) et perversité (BENON), 134.
- et anomalies mentales (R. BENON), 572.
- Compression médullaire (syndrome de) par épидурite (LÉCHELLE, PETIT-DUTAILLIS, THÉVENARD et SCHMITE), 270.
- Conflits sociaux et adaptation mentale (E. TOULOUSE), 309.

- Confusion mentale récidivante** (Angello VANELLI), 464.
- Confusionnel** (usage de faux au cours d'un état) (GÉNIL-PERRIN et Mme LEBREUIL), 786.
- Conscience** (localisation de la) et de l'émotivité (Leland B. ALFORD), 291.
- Constitution et personnalité** (SANTE de SANCTIS), 588.
- Constricteurs du pharynx** (les troubles méconnus des) (Henry PROBY), 600.
- Corps restiforme** (absence du) gauche (J. M. MACKENZIE), 298.
- Cortex cérébral** (évolution du) chez l'homme (Walter KRAUS), 296.
- Cortico-surrénale** (amélioration des troubles nerveux et mentaux par la), (Frank A. HARTMAN, Gilbert M. BECK et Georges W. THORN), 620.
- Crâne** (l'épaississement diffus post-traumatique du) (A. MISSET et A. F. LIBER), 246.
- Craniopharyngiomes** (P. PUECH, BISSEY et BRUN), 424.
- Crime** (le), mode de réaction schizophrénique (J. HUNTER MURDOCH), 808.
- Criminalité des mineurs** ; influence de la famille (COCHERI), 281.
- Criminel** (le) à la lumière de la psychanalyse (BYCHOWSKI), 454.
- Criminelle** (biologie) ; la loi tchécoslovaque à l'égard des mineurs (K. POPEK), 454.
- (l'étude de biologie) ; application aux criminels mineurs (Mme W. SPECTOR), 454.
- Cyanhydrique** (intoxication) par injection de cyanure chez un tabétique (F. FUERTES PÉREZ), 801.
- Cysticercues du névra** ; diagnostic biologique (Cristoforo Rizzo), 304.

D

- Débiles mentaux en prison et dans la population libre** (L. VERVAECK), 136.
- (les dessins de figure humaine par les) (C. J. C. EARL), 588.
- Dégénérescence muqueuse du cerveau des déments précoces** (d'HOLLANDER et ROUVROY), 273.
- **cérébromaculaire** (E. D. MACNAMARA et W. E. CARNEGIE DICKSON), 298.
- **fibrillaire d'Alzheimer** (P. DIVRY), 789.
- Délinquants anormaux** (la surveillance des) libérés à l'essai (H. GAILLY), 629.
- Délire hallucinatoire** ; modification du liquide céphalo-rachidien (A. COURTOIS et A. BELEY), 239.

- **systématisé de jalousie conjugale** (Paul COURBON et Maurice LECONTE), 394.
- Démence** (l'état de) en médecine légale (BENON), 134.
- avec épilepsie (H. HOVEN), 462.
- à la ménopause (H. HOVEN), 462.
- Démence précoce** ; syndrome d'imitation du nourrisson (R. DUPOUY, A. COURTOIS et André P. L. BELEY), 237.
- (coïncidences familiales de) et de psychose périodique (J. TINEL), 396.
- avec délire disparaissant au cours d'une typhoïde grave (G. HEUYER et TISON), 552.
- thérapeutique (Fabio PENNACCHI), 621.
- (la pyréthérapie soufrée dans la) (A. DONNADIEU et P. LÔO), 702.
- Déments précoces** ; transmission expérimentale de virus filtrants du liquide céphalo-rachidien (M. DIDE et P. AUJALEU), 766.
- (bactéries dans le sang des) (M. DIDE et P. AUJALEU), 768.
- Dépersonnalisation** (la) (E. STORRING), 459.
- Dépressifs** (l'opothérapie sexuelle dans les états) (Pao JEDLOWSKI), 620.
- Déséquilibre mental** (la notion médico-légale de) (L. VERVAECK), 626.
- Diabète insipide consécutif à une intervention sur la région sellaire** (ALAJOUANINE, de MARTEL, THUREL et GUILLAUME), 130.
- insipide ; pathogénie (Albert SALMON), 305.
- Diastématomyélie** (D. PAUBRAN et T. PAUNESCO), 300.
- Diencéphale** (les plaques séniles du) (J. LHERMITTE et J.-O. TRELLES), 569.
- Diplégie avec opisthotonos**. Porencéphalie (de Vos et DIVREY), 602.
- Divorce prononcé pendant l'internement** (M.-P. GARDIEN et P. LÉCULIER), 209.
- Douleur** (Maurice de LAET), 598.
- Dysesthésie de structure comitiale** (H. CLAUDE, Henri EY et MIGAULT), 257.
- Dyssymétrie latérale dans la figure humaine** (Pierre ABRAHAM), 271.
- Dystasie aréflexique héréditaire** (Gustave ROUSSY et Mlle Gabrielle LÉVY), 146.
- Dysthymiques** (émotions provoquées et pression artérielle chez les) (Eugenio de ANGELIS), 140.
- ; formule leucocytaire (Emilio RIZZATI et Vittorio MARTINENGO), 618.
- Dystonies d'attitudes d'origine encéphalitique** (HEUYER), 783.

E

- Echinococcique (Kyste) du lobe frontal droit (DIVRY, CHRISTOPHE et MOREAU), 293.
- Eclampsie (Henri VIGNES), 147.
- « Effet » (Les phénomènes d') (REVAULT d'ALLONNES), 465.
- Emotion (l') (Mlle Renée DEJEAN), 285.
- Encéphalite dite postvaccinale expérimentale (anatomie pathologique de l') (Harold SCHMID), 297.
- psychosique hémorragique, anatomopathologie (L. MARCHAND et A. COURTOIS), 433.
- aiguë disséminée (K. HENNER), 447.
- morbilleuse; lésions cérébro-spinales (L. BABONNEIX, J. LHERMITTE et J.-O. TRELLES), 569.
- vaccinale; histo-pathologie (van GEHUCHTEN et FALCON), 575.
- de nature indéterminée avec syndrome hypertensif et stase papillaire (J. DEREUX et G. LIAGRE), 785.
- Encéphalite épidémique; troubles de la marche (T. DOSUZZKOV), 445.
- (dispensaires pour malades atteints de séquelles d'); traitement par l'atropine à haute dose (Stanislas TEPPA), 445.
- (troubles de l'intelligence dans l') chronique (I. DRETTER), 464.
- et encéphalite grippale (C. BAUMANN et H. de LEEUW), 796.
- Encéphalite léthargique; forme amyotatique-akinétique (K. H. R. EDWARDS), 594.
- Encéphalitiques (crises post-), combinées (I. VADASZ), 795.
- Encéphalo-myéélite (l') sans étiologie connue (W. STERLING et E. HERMAN), 447.
- Endocriniens (physiopathologie des syndromes) (Noël FRIESSINGER), 457; —, thérapeutique (N. FRIESSINGER), 807.
- Enfance anormale et éducation (Roger METTETAL), 281.
- et hérédité (A. LESAGE), 455.
- Enfant (le mensonge et le témoignage chez l') (SCHACHTER), 809.
- Enseignement criminologique (DONNADIEU de VABRES), 786.
- Ephédrine; action sur le sucre sanguin dans l'encéphalite chronique (Isidore FINKELMAN), 619.
- Epilepsie post-encéphalitique (D. CENTINI), 296.
- dans l'enfance (I. ZAPPERT), 296.
- ; anatomie pathologique (MINKOWSKI), 296.
- (maladie de Lobstein dans l') (Jacopo NARDI), 305.
- (l') cardiaque (Bernard HOMBERG), 456.
- (de l'hypoventilation dans l') (V. VAJIK), 624.
- (traitement de l') par les sels de bore (Th. BOVER), 624.
- (les éruptions dues aux dérivés barbituriques au cours du traitement de l') (Gaston MAILLARD, Mlle Françoise LÉVY et Albert FIEHRER), 624.
- ; pathogénie et traitement chirurgical (DANIELOPOLU), 624.
- ; traitement par la diète cétogène (H. F. HELMHOLZ et H. M. KEITH), 802.
- Epileptiques (fractures et luxations au cours des crises) (J. Vié et P. QUERON), 386.
- Epiphyse. L'opothérapie est-elle justifiée? (Jacques DECOURT), 151.
- (tumeur de l') (P. van GEHUCHTEN), 575.
- Epithélium choroïde (histologie de l') (Maffo VIALLI), 298.
- Erythromégalie au cours d'une polyglobulie (S. RAJCA), 452.
- Excitabilité corticale motrice; influence des zones vaso-sensibles de l'aorte et des sinus carotidiens (C. HEYMANS et J. J. BOUCKAERT), 601.
- Exophtalmie (bases physiologiques du traitement de l') basedowienne (L. Justin-BESANCON, Mme SCHIFF-WERTHEIMER et Pierre SOULIÉ), 150.
- Expert. Droit d'entendre des témoins et de s'adjoindre un spécialiste (M. DUVOIR), 133; de s'entourer de tous renseignements utiles (M. MULLER), 133.
- Explication (l') délirante (J. CAPGRAS, H. BEAUDOUIN et R. BRIAU), 477.

F

- Facial (convergence des globes oculaires insuffisante dans la paralysie périphérique du nerf) (C. ROASENDA), 606.
- Faisceau pyramidal direct de Türeck (J. NICOLESCO et T. HORNER), 299.
- Fémoro-cutané (névralgie du) (J.-A. CHAVANY), 607.
- Fente sphénoïdale (syndrome de la) (J. HEERNU et DECOUX), 275.
- Flexion (phénomène de la) des petits crâtes (THIERS), 784.

Formes, Vie et Pensée (J. VIRET, ROMAN, J. BEAUVERIE, MAX ARON, L. CUÉNOT, R. COLLIN, P. MERLE, Mme JACQUIN-CHATELLIER, THOORIS, CORMAN, U. GAUTIER, R. P. de MONTCHEUIL et M. l'abbé MONTCHANIN), 579.

Fracture du crâne et méningite puriforme aseptique (Pierre MOIROUD), 141.

Friedreich (maladie de) ; le syndrome cardio-bulbaire (Georges GUILLAIN et Pierre MOLLARET), 143.

— fruste (L. BABONNEIX et ROUECHE), 424.

G

Ganglions intraviscéraux du système nerveux végétatif (P. BACSICH), 436.

Gardénalgie (coma) agonique traité par l'oxygène et la strychnine (A. COURTOIS, A. BELEY et M. ALTMAN), 742.

Glioblastome du cervelet ; lésion de la dure-mère (Z. W. KULIGOWSKI), 452.

Gogh (van). Les relations entre sa vie, sa maladie et son œuvre (Mme Françoise MINKOWSKA), 139.

Grammaticales (les notions) d'absolu et de relatif (Charles BALLY), 612.

Grossesse (la vie sexuelle dans les psychoses de la) (E. W. ANDERSON), 307.

Guérisseur. Les délires d'invention médicale et de guérison (H. CLAUDE, J. DUBLINEAU et CARON), 98.

H

Hallervorden-Spatz (maladie d') (Clovis VINCENT et Ludo van BOGAERT), 274.

Hallucinations parlées (de la place des impressions sensibles dans la genèse des) (D. LAGACHE), 61.

— parlées (du rôle de l'éréthisme moteur primitif dans la genèse des) (P. GUIRAUD et D. LAGACHE), 69.

— auditives verbales ; l'écho de la lecture (Ferdinand MOREL), 460.

Hallucinatoire (syndrome), anxieux et du liquide céphalo-rachidien. Atrophie cérébrale à prédominance frontale (A. COURTOIS, P. PUECH et A. BELEY), 545.

Heine-Medin (maladie de) ; le système nerveux végétatif (J. DECHAUME, P. SEDALLIAN et F. de ELIZALDE), 145.

Hématome non traumatique de la dure-mère (J. A. BARRÉ et Jean MASSON), 470.

Hématomes sous-duraux post-traumatiques (Th. ALAJOUANINE, Th. de MARTEL et J. GUILLAUME), 293.

Hématoporphyrine (traitement des psychoses endogènes par l') (I. HÜBNERFELD), 801.

Hémiatrophie cérébro - cérébelleuse croisée (V. V. GIACANELLI), 468.

Hémihypertonie postapoplectique (Matthew MOLITCH), 143.

Hémihypertrophie congénitale du corps associée à un dolicho-côlon (G. GUILLAIN et P. R. BIZE), 132.

Hémispasme facial (THUREL), 784.

Hémorragie méningée et cérébelleuse (Rodolfo DASSEN et Francisco MARTINEZ), 294.

— ventriculaire (H. BRUNSCHWEILER), 433.

Hémorragie cérébrale avec autopsie (Théodor DOSUZZOV et Karel UTTL), 141.

— ; Etude expérimentale (H. T. DEELMAN), 429.

— ; Pathogénie et physio-pathologie (J. LHERMITTE), 431.

— et hypertension artérielle expérimentales (P. WERTHEIMER, J. DECHAUME et FONTAINE), 432.

— (de la saignée dans le traitement de l') (E. BERNARD), 433.

— (histo-biochimie de l') (E. de BALOCH), 433.

— (56 cas d') observés à la Salpêtrière (G. GUILLAIN et S. de SÈZE), 433.

— ; Parésie homonyme consécutive (H. HAMDI), 434.

Hérédo-ataxie cérébelleuse et paraplégie spasmodique familiale (Ch. ACHARD), 142.

Héroïnomanie (l') à Istamboul (MAZHAR OSMAN), 281.

Herpès zoster (Méningite séreuse et encéphalite dans l') (Siggaard ANDERSEN et Ferd. WULFF), 471.

Homosexualité et Endocrines (A. HERNARD), 308.

Hôpitaux psychiatriques en Allemagne occidentale (A. E. EVANS), 313.

Hydrocéphalie externe active (W. James GARDNER), 141.

— acquise (Lydia B. PIERCE), 294.

Hygiène mentale (l'école et l') (E. MEDEA), 276.

— (l') du langage (Desider WEISS), 277.

— ; importance de la famille (Hans ROEMER), 279.

Hyperkinésies peu communes (J. GON-LOWSKI), 445.

Hyperthermie (syndrome d') (L. van BOGAERT et P. MARTIN), 443.

Hyperthyroïdie (l') (E. AZERAD), 306.

Hypertonie avec attitude en adduction des membres. Etat délirant sous-jacent (CROUZON, J. DUBLINEAU et P. RUBENOVITCH), 441.

Hypophyse (formes cliniques atypiques des tumeurs de l') (A. BINGEL), 305.

Hypomanie secondaire à un délire de persécution (Paul COURBON et Maurice LECONTE), 55.

I

Idiotie épileptique et nanisme ; état des glandes endocrines (Vittorio PELAGATTI), 307.

Immunité (rôle du système nerveux des facteurs biologiques dans l') (S. MÉTALNIKOV), 579.

Impulsif (comportement) inhabituel par troubles du développement (J. SCHOTTKY), 808.

Inconscient (l') et l'image poétique (Hermann PONGS), 609.

Infirmes (nombre d') mentaux en Allemagne (H. STRECKER), 465.

Inflammation primitive du système nerveux à étiologie inconnue (C. ORZECZOWSKI), 446.

— disséminée du système nerveux chez les enfants (L. PRUSSAK), 447.

— primitive du système nerveux observée à la clinique neurologique de Lwow (Mme FALKIEWICZ), 448.

Inflammatoires (affections) du système nerveux observées à la clinique neurologique de Varsovie (GRABARZ et Z. W. KULIGOWSKI), 447.

— (lésions) du système nerveux d'étiologie inconnue (Z. W. KULIGOWSKI), 447.

— (processus aigus disséminés) et primitifs du système nerveux. Service neurologique de l'Hôpital Scolaire San (MOZLOWSKI, Mme MORAWIECKA et TYCZKA), 448.

Instabilité (l') (SANTE de SANCTIS), 587.

Insuline (l') dans le traitement du refus de nourriture (K. KÜPPERS et STREHL), 620.

Intelligence et criminalité (de GREEF), 136.

Internement contesté (G. HEUYER), 184.

Interprétation (l') délirante (Jean LALANNE), 287.

— (le délire d') (Mauricio HELMANN), 591.

Intoxication oxycarbonée (G. van LOOY), 295.

Intuitions délirantes, obsessions et syndrome d'action extérieure (H. CLAUDE et J. DUBLINEAU), 141.

K

Korsakoff (syndrome de) d'origine paludéenne (Paul VERSTRAETEN et Léon de Vos), 463.

Kottmann (réaction de) dans la psychose hallucinatoire chronique (J. HAMEL, M. CHAVAROT et P. ROYER), 762.

L

Langage (au seuil du) (Henri DELACROIX), 607.

— (l'évolution du) (R. A. S. PAGET), 608.

— (le) et la construction du monde des objets (Ernst CASSIRER), 608.

— (dernières persistance du) enfantin (Marcel COHEN), 613.

— (utilisation des données pathologiques pour la psychologie et la philosophie du) (Adhémar GELB), 613.

— (l'analyse de l'aphasie et l'étude du) (K. GOLDSTEIN), 614.

Langues (la structure des) groupantes (P. MERIGGI), 610.

Linguistique (les tâches de la) statique (J. VENDRYES), 610.

Lobe frontal (exagération des réflexes cutanés dans les affections du) (S. GOLDFLAM), 466.

Logique (la) et la linguistique (L. JORDAN), 608.

M

Malades mentaux ; statistique européenne (BERSOT), 281.

Malariathérapie (l'évolution du dessin chez un paralytique général avant et après) (Henri CLAUDE et Pierre MASQUIN), 97, 356.

— de la paralysie générale et de la démence précoce (E. MARIOTTI et M. SCIUTI), 621.

— des paralytiques généraux sous les tropiques (A. W. H. SMITH), 622.

— de la paralysie générale (St. SWIERCZEK), 805 ; (SANTE de SANCTIS), 806.

- Maniaco-dépressive (crise) traitée par les injections intraveineuses de sérum humain (J. TINEL et Mlle E. JACOB), 91.**
- (folie) et démence précoce (Pierre de BOUCAUD), 287.
- (délire et confusion onirique dans la psychose) (E. ILLING), 592.
- (psychose); endogène métabolisme du brome (J. M. SACRISTAN et M. PERAITE), 618.
- Manie (les idées de persécution dans la) (Paul COURBON et Maurice LECONTE), 121.**
- Médullaire (formations cartilagineuses cause de compression) (S. BAUPAUSSAK), 451.**
- (tumeur) (P. CAMBIER et R. LEY), 576.
- Médulloblastome du 4^e ventricule avec métastase tubérienne sans syndrome infundibulaire (de BUSSCHER et A. DEWULF), 615.**
- Mélancolie (accès de) (NEVE), 465.**
- Méninges (les) péri-hypophysaires (G. ROUSSY et M. MOSINGER), 568.**
- Méningiome suprasellaire à symptomatologie mentale (ALAJOUANINE, THUREL et GUILLAUME), 130.**
- malin prétemporal gauche (S. GULLOTTA), 298.
- temporal droit chez l'enfant (Th. de MARTEL et GUILLAUME), 567.
- Méningite séreuse juxta-cérébelleuse (Henri CLAUDE et Ch. JARVIS), 294.**
- saturnine (H. BAONVILLE et J. TITECA), 295.
- nécro-toxique médullaire (W. JAKIMOWICZ et J. GRABARZ), 451.
- Méningite tuberculeuse (la) serait-elle curable? (R. LIÈGE), 149.**
- et grossesse (A.-A. TERECHÉVA), 149.
- expérimentale réalisée par injection de liquide céphalo-rachidien d'un dément précoce (Henri BARUK et Ivan BERTRAND), 303.
- (traitement de la) par l'allergine de Jousset (G. SCHREIBER), 803.
- Méningo et encéphalopathies (taux uréique, acide urique et cholestérol du sang au cours des) (N. LOLL), 302.**
- Mentalité primitive et psychopathologie (J. LÉVY-VALENSI), 676.**
- paranoïde et mentalité primitive (G. DUMAS), 754.
- Mésencéphalique (syndrome) inaccoutumé (Mme S. Adam FALKIEWICZ), 451.**
- Métrique (cause psychologique de quelques phénomènes de) germanique (Otto JESPERSEN), 612.**
- Migraine; traitement par l'extrait hypophysaire (K. ZEINER-HENRIKSEN), 451.**
- Mimique fronto-orbitaire (J. ROGUES de FURSAC et Georges d'HEUCQUEVILLE), 1.**
- Moelle épinière; anatomie microscopique (L. LARUELLE et M. REUMONT), 436.**
- Morphinomanie; nouveau traitement (SAKEL), 804.**
- Mouvements anormaux unilatéraux à type d'agitation motrice congénitale (Henri SCHAEFFER et René BIZE), 129.**
- Myasthénie grave et goitre exophtalmique (Samuel J. COHEN et Frederick H. KING), 146.**
- Myéline (coloration de la) (DAGNÉLIE et LISON), 275.**
- Myélite: disséminée, syphilitique, funiculaire (P. van GEUCHTEN), 575.**
- avec trismus après sérothérapie antitétanique (Ludo van BOGAERT), 604.
- transverse par myélomalacie chez un alcoolique (Pierre BORREMANS et Ludo van BOGAERT), 604.
- Myélitiques (lésions) et myélopathiques (Charles DAVISON et Moses KESCHNER), 617.**
- Myélome de la colonne vertébrale avec crampes épileptiformes (Mogens ELLERMAN et Georges E. SCHRÖDER), 144.**
- Myoclonus rythmique (Henry Alsop RILEY et Samuel BROCK), 600.**
- palatin (Walter FREEMAN), 600.
- Myopathie distale tardive (Jacques LEY et Jean TITECA), 604.**
- Myotoniques (les crises) dans le parkinsonisme de l'encéphalite chronique (J. NARDI), 796.**
- Mystique (délire); état oniroïde et confusion; état comitial possible (Henri CLAUDE, J. DUBLINEAU et RUBÉNOVITCH), 103.**
- Myxœdème (troubles du système nerveux dans le) (MUSSIO-FOURNIER), 306.**

N

- Narcolepsie cryptogénétique avec onirisme et somnolence (J. LHERMITTE et R. HUGUENIN), 268.**
- ; traitement par l'éphédrine (Otokar JANOTA), 445.
- à forme héréditaire (R.-A. TRATCHEW), 794.
- Nerfs périphériques; fibres douloureuses et tactiles (Peter HEINBECKER, George H. BISHOP et James O'LEARY), 606.**

Neurographie (Egas MONIZ et Luiz PACHECO), 597.
 Neurologique (service) de Lwow (A. DOMASZEWICZ et W. STEIN), 448.
 Névralgie zostérienne (RISER et SOL), 298.
 Névrite hypertrophique (cas anatomoclinique atypique de) (SOUQUES et I. BERTRAND), 785.
 Névroses (SANTÉ de SANCTIS), 792 ; — facteurs de la vie sociale (A. FALKOWSKI), 798.
 Nitrite d'amyle (le test du) pour la détermination du blocage spinal (Rey ARDID, LAFIGUERA de BENITO et Mlle Pilar SOLER), 619.
 Nystagmus de la tête ; pathophysiologie (J. ROTHFELD), 601.

O

Obésité hypophysaire et hypothalamique (J. LHERMITTE, J. de MASSARY et J.-O. TRELLES), 423.
 Obsession du « Donneur » (H. DAGAND), 588.
 — homicide (CARLIER), 628.
 — guérie par réalisation de l'idée obsédante (G. HEUYER et S. NACHT), 720.
 Oculaires (indépendance des mouvements) chez les amammaliens (A. ROCHON-DUVIGNEAU), 135.
 Oculo-encéphalique (syndrome) dans un gliome pédonculo-protubérantiel (Z. W. KULIGOWSKI), 446.
 Olfactifs (réflexes) (R. NYSSSEN), 598.
 — (les troubles) dans les traumatismes cranio-cérébraux (HELSMOORTEL jr., R. NYSSSEN et R. THIENPONT), 599.
 Oligodendrogliome du lobe temporal droit (A. GELBARD), 450.
 Olives bulbaires ; étude expérimentale (Mme Nathalie ZAND), 617.
 Onomatopée (l') et la jonction du langage (Karl BÜHLER), 609.
 Optimisme (de l') en thérapeutique psychiatrique (P. VERSTRAETEN), 272.
 Oxyde de carbone (troubles psychiques dus à une intoxication lente par l') (G. VERMEYLEN), 592.

P

Palilalie (la) occulte et les moyens de la dépister (L. STERLING), 794.
 Palustre (infection) expérimentale ; évolution de la réaction de Henry (Raoul LEROY, CHORINE et G. MÉDAKOVITCH), 302.

Papille (traitement chirurgical de l'atrophie de la) (Ricardo MOREA), 625.
 Paracentrale (troubles pseudo-cérébelleux et vaso-moteurs d'origine) (Ludo van BOGAERT et Rodolphe-ALBERT LEY), 602.
 Paralysie infantile ; considérations cliniques et électroradiologiques (A. LAQUERRIÈRE, D. LÉONARD et Emile MÉNARD), 145.
 — (syndromes de) agitante chez les alcooliques (Paul SCHILDER), 145.
 — associée des globes oculaires (ALAJOUANINE, OBERLING et THUREL), 269.
 — faciale avec dissociation de la motilité volontaire et automatique-réflexe (ALAJOUANINE et THUREL), 426.
 — post-zonateuse (ALAJOUANINE, THUREL et AUBERT), 568.
 — infantile (Manuel F. TERRIZANO), 603.
 — ascendante de Landry (R. LEY et L. van BOGAERT), 790.
 Paralysie générale ; rémissions thérapeutiques postpaludéennes (J. PONS-BALMES), 148.
 — (fréquence des réactions pupillaires normales dans la) (H. VOSS), 292.
 — à forme de Lissauer (Roque ORLANDO), 292.
 — (allergie cutanée et superinfection syphilitique dans la) (Francesco LISI et Fabio PENNACCHI), 292.
 — juvénile ; étude anatomoclinique (L. de Vos et Ludo van BOGAERT), 428.
 — ; formes atypiques (HAAKON SÆTHRE), 462.
 — (influence de la malaria endémique sur la) (O. FRANKE), 463.
 — ; altérations cliniques et sérologiques à la première hospitalisation (C. Geert JØRGENSEN, Axel NEEL et Georges E. SCHRÖDER), 619.
 — ; manifestations de syphilis tertiaire à la suite du traitement malarique (Mario d'ARRIGO), 621.
 — ; pyrétothérapie diathermique (T. CORTESI), 622.
 — ; diathermothérapie (Norman B. GRAHAM), 622 ; (H. J. WORTHING), 806.
 — ; traitement par la haute fréquence à ondes courtes (A. MARIE et MÉDAKOVITCH), 623.
 — juvénile (traitement d'un cas de) (VALLEJO NAJERA), 806.
 — (sérothérapie de la) (L. CIAMPI et I.-B. ANSALDI), 806.
 — ; traitement par la transfusion du sang (E. SZEGÖCLY), 807.

- Paralytique (syndrome) d'origine indéterminée (A. COURTOIS et Mlle Elisabeth JACOB), 447.
- Paranoïde (état) (E. EVRARD), 460.
- Paraplégie en flexion et signe de Lhermitte (George B. HASSIN), 603.
- spasmodique du type Strumpell non familiale (Ludo van BOGAERT), 603.
- Paraspasme facial bilatéral (LEROY), 427.
- Parathyroïdes (greffe des) (P. WILMOTH), 151.
- Parkinsonien (syndrome) post-encéphalitique (GUILMOT), 628.
- Parkinsoniens (état mental des) post-encéphalitiques (Paul NICOLAI), 288.
- (ménage de) (ALAJOUANINE et THUREL), 425.
- Parkinsonisme post-encéphalitique ; psychopathologie (L. MATECKI), 795.
- Parole (l'apprentissage de la) pendant les deux premières années (A. GRÉGOIRE), 612.
- Parotidites (réactions méningées des) (Antonio DALTO), 295.
- Patronage (le) familial en Pologne : la colonie des aliénés de Janieliszki (Juljan PODWINSKI), 312.
- Pédicule nerveux de l'appareil viscéral ; systématisation macroscopique (J. DELMAS), 434 ; Etude microscopique (F. KISS), 435.
- viscéraux dans l'inflammation chronique (M. FAVRE, J. DECHAUME et P. GIRARD), 436.
- Pensée (la) et la langue (A. SECHAYE), 608.
- Pensionnaire volontaire à « la Retraite » (York) (Henry L. WILSON), 313.
- Personnalité (étude de la) (Mlle H. JANKOWSKA), 589.
- Perversion constitutionnelle (X. et P. ABÉLY et NODET), 246.
- Perversité (définition de la) (BENON), 787.
- Petrazzini (signe de) : l'oreiller psychique (A. FOZ), 596.
- Phonèmes (la réalité psychologique des) (Edward SAPIR), 611.
- Phonologie (la) actuelle (N. TRUBETSKOY), 610.
- : rôle des éléments moteurs dans les changements (Alf. SOMMERFELD), 611.
- Photothérapie (D. CORCORAN), 800.
- Pick (atrophie de) (P. DIVRY, M. MOREAU, J. LEY et J. TITÉCA), 427 ; (V. HASKOVEC), 453.
- Pick (maladie de) (P. GUIRAUD et M. CARON), 234.
- ; syndrome extra-pyramidal (Ludo van BOGAERT), 428.
- ; étude clinique (Marcel CARON), 581.
- Pituitaire (tumeur de la glande) et des formations voisines (Leo M. DAVIDOFF), 293.
- Placement (le) familial et le problème de l'assistance (Horatio M. POLLACK), 312.
- (le) familial : rôle psychothérapique (M. TRAMER), 312.
- Plexus choroïdes ; physiologie (P. R. BIZE), 301.
- carotidien interne (les ganglions nerveux du) (A. GELLÉRT), 436.
- Pneumogastrique (terminaison du nerf) antérieur (J. BOTAR), 436.
- Poliomyélite antérieure aiguë ; traitement chirurgical des troubles trophiques (André-THOMAS, SARREL et Mme SORREL), 130.
- (la) zostérienne (J. LHERMITTE, André CAIN et J.-O. TRELLES), 425.
- antérieure subaiguë probable (E. EVRARD), 470.
- (traitement préventif de la) (Simon FLEXNER), 626.
- Polyneuritis perivasculitica (Henry MARCUS), 471.
- Polynévrite d'origine inconnue observée à la clinique neurologique de Poznanie (Mme A. GRUSZECKA), 448.
- due à l'intoxication par l'Apiol (A. NIKOLITCH et I. ALFANDARY), 472.
- ; étiologie (I. S. WECHSLER), 606.
- Ponction (la) sous-occipitale dans la pratique neuro-psychiatrique (M. CAHANE), 799.
- Ponction lombaire (une chaise utilisée pour la) (Hugh E. KIENE et Alan E. O'DONNELL), 150.
- ; accidents mortels chez des malades sans tumeur cérébrale (José SANCHIS BANUS), 301.
- (accidents de la) ; rapports avec le système neuro-végétatif (A. PACIFICO), 799.
- Ponto-cérébelleuse (tumeur) (F. SANO), 574.
- Ponto-cérébelleux (syndrome de l'angle) (MOREAU et CHRISTOPHE), 468 ; (Jacques DAGNÉLIE), 468.
- Prophylaxie neuro-mentale en Italie (PELLACANI), 279.
- « Protection familiale » (la) des malades psychiques à Vilno (Mme H. JANKOWSKA), 453.
- Pseudo-bulbaire (les formes psychopathiques de la maladie) (R.-D. ANGLADE), 251.

Psychiatrie et Médecine (G. VERMEY-LEN), 585.

— infantile (M. TRAMER), 586.

Psychiques (troubles) post-opératoires (L. ELOY), 426.

— (pathogénie des troubles) organiques (J. HANDELSMAN), 594.

Psychologie (nouveau traité de) (Georges DUMAS), 282.

Psychologique (l'Année) (Henri PIÉRON), 284.

Psychométrie (manuel de technique) (Gaston LEFÉBURE de BELLE-FEUILLE), 286.

Psychoneurasthéniques (pathogénie et traitement des états) (Jean MICHEL), 290.

Psychopathes et caractères anormaux (P. SCHRÖDER), 139.

Psychopathies (crise économique et) (A. COURTOIS), 309.

Psychopathique (syndrome) post-encéphalitique évoluant chez une périodique (Ch. RICHER fils, J. DUBLINEAU et P. RUBÉNOVITCH), 405.

Psycho-sensoriels (troubles) et altérations du schéma du corps (M. GOUREVITSCH), 590.

Psychose toxi-infectieuse récidivante d'origine génitale (J. LALANNE et P. AUBRY), 375.

Psychoses (influence des caractères acquis raciaux et familiaux sur les) (E. KRETSCHMER), 139.

— endogènes déclanchées par des causes externes (A. BOSTROEM), 464.

Psychothérapie (la) à l'asile (Hermann SIMON), 473.

Pupillotonie avec aréflexie tendineuse (GAUDISSARD et MASSION-VERNIORY), 466.

Pyramidale (altérations cellulaires rétrogrades dans les lésions de la voie) (S. WOHLFAHRT), 299.

Pyromanie (ROELANTS), 629.

R

Racines postérieures (les fibres centrifuges des) (F. LUGARO), 299.

Radiculite ; contribution clinique (Giuseppe GIANNELLI), 605.

— par spondylite mixte goutteuse et infectieuse (G. MARAÑÓN), 605.

Recklinghausen (maladie de) (DUCROQUET, MACÉ et GROLEAU), 617.

Roussy-Lévy (maladie de) ; cas familial avec troubles mentaux (P. GUIRAUD et Mlle M. DEROMBIES), 224.

Rubrothalamique (anatomo-clinique du syndrome) (T. DOSUZZOV et C. ÜTTL), 445.

S

Schilder (maladie de) ? (TINEL et Mlle BADONNEL), 424.

Schizoides (psychothérapie des) (A. GARMAS), 804.

Schizomaniaque (état), crises délirantes oniroïdes (H. CLAUDE, J. DUBLINEAU, Henri EY et P. RUBÉNOVITCH), 557.

Schizomanie périodique (Ettore RIETI), 140.

Schizophrénie avec signes neurologiques (G. BYCHOWSKI), 461.

— chez les épileptiques (I. WYRSCH), 462.

— cas typique (M. ENGELSON), 509.

— (évolution et structure de la) (M. ENGELSON), 580.

— dite somatopsychique (M. BORNSTAJN), 595.

— gémellaire et hérédité du don musical (H. HARTMAN et F. STUMPL) ; considérations anthropologiques (N. WENINGER, R. ROUTIL et E. GEYER), 595.

— ; psychoses des frères et sœurs (A. GALATCHIAN), 596.

— ; recherches hématologiques (Paolo JEDLOWSKI), 618.

— ; perturbations glycémiques (José PONS-BALMES et E. IRAZOQUI VILLALONGA), 619.

— ; traitement de l'agitation par des ponctions lombaires abondantes (W. KLIMKE), 804.

— ; malariathérapie et traitement salicylé (Mme M. BRUN et K. MIKULSKI), 805.

Schizophrénique (évolution) et colibacillose puerpérale (LAIGNEL-LAVASTINE, Georges d'HEUCQUEVILLE et Paul GUILLY), 243.

Sciatique traumatique (Georges LEClerc et Joseph PONT), 606.

Sclérose multiple (traitement de la) par le cacodylate à hautes doses (S. KOSTER), 803.

Sclérose en plaques isolée de la moelle épinière (Th. DOSUZZOV), 450.

Sclérose latérale amyotrophique et traumatisme (Ludo van BOGAERT, Rodolphe-Albert LEY et René NYSSEN), 144.

— (pseudo-) syphilitique (Benjamin B. SPOTA), 144.

Sédimentation des globules rouges dans les psychoses (S. SWIERCZEK et Mme S. KAISER-SWIERCZEK), 453.

Sein (cancer du) opéré, métastases cérébrales consécutives (L. MARCHAND, H. BEAUDOUIN et J. ROYER), 615.

Sélection professionnelle des infirmiers psychiatriques (Gonzalo R. LAFORA), 313.

Selle turcique. Etude radiologique dans les tumeurs de l'hypophyse (P. PUECH et STUHL), 132.

Sensitif (syndrome) cortical (ALAJOUANINE et THUREL), 568.

Services psychiatriques libres (Otakar JANOTA), 453.

— d'observation et de triage neuro-psychiatrique à la Salpêtrière (CROUZON), 796.

Sexe (le désir de transformation du) (Hans BINDER), 589.

Simulateur démasqué (GÉNIL-PERRIN et Mme LEBREUIL), 571.

Société Médico-Psychologique. Bureau pour 1934, 37.

———. Liste des Membres, 37.

———. Commissions des Prix, 112.

———. En l'honneur de S.M. Albert 1^{er}, roi des Belges, 249.

———. NOMINATIONS. Membres correspondants nationaux : Louis CORMAN, 250. André LE GRAND, 537. A. DONNADIEU, Pierre LÔO, 747.

Membres associés étrangers : Maximiliano RUEDA, 251. Vicente DIMITRI, 537. Smith Ely JELLIFFE, L.-R. SANGUINETI, Paul VERSTRAETEN, 748.

Membres titulaires : BRISOT, 251. LERAT, 537.

———. A propos de l'ordre du jour de la Société, 537.

———. Prix de la Société. Rapport pour le prix Aubanel, 748. Question pour le prix Aubanel, 1937, 751. Rapport pour le prix Moreau de Tours, 751. Rapport pour le prix Trénel, 753. Legs Christian, 754.

Sociologie (la) et la linguistique (W. DOROSZEWSKI), 609.

Soif morbide (J. LHERMITTE et ALBES-SARD), 785.

Sommeil (la conception biologique du) (A. JANICHEWSKI), 300.

— (vues actuelles sur le) (Alberto SALMON), 305.

— ; sémiologie (Auguste TOURNAY), 577.

— (accès de) incoercible (R. BERNARDI), 794.

Sous-cortical (psychisme) (HASKOVEC), 445.

— (syndrome) rare au cours de l'hydrocéphalie interne (Mme Marie DEMIANOWSKA), 445.

Sous-corticaux (les centres) à la lumière de l'expérimentation physiologique (Fr. CZUBALSKI), 444.

—— (syndromes) rares (H. HALBAN et J. ROTHFELD), 445.

—— (histologie des centres) (C. UTTL), 445.

Spirochétose méningée (Jean TROISIER et Yves BOQUIEN), 583.

Stérilisation (la) dans le cadre de l'eugénique (Th. v. LASCKE), 310.

— (la) et la castration des dégénérés (Aug. LEY), 310.

— et castration comme moyen de relèvement de la race (W. WEYGANDT), 311.

— (la) chirurgicale (Georges d'HEUCQUEVILLE), 570.

— (la) des aliénés et des criminels au point de vue médical (J. HAMEL), 798.

Stewart-Morel (syndrome de) (R. ALMOVIST), 469.

Suicide (la question du) en Turquie (FAHREDDIN KERIM), 281.

— ; aspects psychiatriques (Gerald R. JAMEISON et James H. WALL), 591.

— et homicide des aliénés internés dans les asiles (LEVI-BIANCINI), 628.

— (tentative de) par la hache d'un alcoolique au début d'une paralysie générale (LAIGNEL-LAVASTINE, G. d'HEUCQUEVILLE et M. GAUTIER), 741.

Suprasellaire (tumeur) ; troubles psychiques (P. MARTIN et L. van BOGAERT), 443.

Symbolisme (le) dans la langue (Georges DUMAS), 607.

Symétrie (la) au point de vue psychologique et esthétique (Ch. LALO), 572.

Sympathique (rôle du) dans la genèse de quelques troubles fonctionnels (Mlle Elizabeth JACOB), 288.

Syncinésies et syntonies faciales (Yiri VITEK et Vera SAJDOVA), 599.

Syntaxe (l'autonomie de la) (V. BROENDAL), 610.

Syphilis du système nerveux ; perturbations cliniques et sérologiques (E. G. JORGENSEN, A. V. NEEL et G. E. SCHRÖDER), 302.

— nerveuse cliniquement inapparente (Paul RAVAUT), 582.

— (lutte contre la) (Louis SPILLMANN), 584.

Syphilis cérébrale à forme hypocondriaque (C. I. URECHIA), 28.

Syngomyélie (histopathologie de la) traitée par les rayons X (J. LHERMITTE, NEMOURS-AUGUSTE et J. TRELLES), 131.

— et syndrome ventriculaire à répétition (J. LHERMITTE et E. BEAUJARD), 567.

T

Tabétiques (psychoses) (Fulgencio FUERTES), 463.

— ; constitution morphologique (Umberto POPPI), 603.

Tératome de la fosse cérébrale postérieure (DAVID et RAMIREZ), 268.

Tétanie post-opératoire avec troubles mentaux graves (H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITÉCA), 137.

Tétanos ; traitement par la méthode de Dufour (Louis BRUN), 149.

Thalamo-pédonculaire (syndrome) avec troubles oculo-pupillaires (ALAJOUANINE, THUREL et COSTE), 269.

Thérapeutique psychiatrique ; possibilité d'utilisation du sérum humain normal (Pierre DOUSSINET et Mlle Elizabeth JACOB), 74.

— ; données cliniques sur la valeur du sérum humain normal (G. DEMAY, Mlle E. JACOB et P. DOUSSINET), 79.

— (l'Année) (A. RAVINA), 585.

Thrombo-phlébite du sinus caverneux ; étude clinique (MOREAU), 437, et chirurgicale (CHRISTOPHE), 438 ; (PORTMANN), 438.

— du sinus caverneux unilatérale et à évolution chronique ; étude radiologique (BAUWENS, L. van BOGAERT et THIENPONT), 439.

— du sinus suite de scarlatine (DAGNÉLIE et DUBOIS), 439.

— otitique sans mastoïdite suppurée (HICGUET), 439.

— des veines fronto-ethmoïdales ; œdème temporal (van CANEGHEM), 440.

— du sinus caverneux traitée par drainage (LAUWERS), 440.

Thymus (les nerfs du) (P. CORDIER et COULOUMA), 436.

Thyroidectomie du goitre exophtalmique (G. DURAN), 808.

Thyroidite ou strumite rubéolique (P. SAINTON et M. RUDOLF), 147.

Thyro-ovariennes (corrélations) dans les maladies mentales (Bocco CERRA), 307.

Tic douloureux (William G. SPILLER et Charles H. FRAZIER), 472.

Toniques et cérébelleux (troubles) chez le chien (ROBIN et MOLLARET), 269.

Traitements d'inspiration psychanalytique (H. CODET), 623.

Traumatismes craniens et cérébraux (évolution et séquelles tardives des) (R. BRUN), 466.

— craniens et troubles mentaux tardifs (Alfred GORDON), 593.

Trijumeau (anatomie chirurgicale de la racine sensitive du nerf) (Loyal DAVIS et Hale A. HAVEN), 300.

— (variations de l'anesthésie consécutive à la résection subtotale de la racine postérieure du) (Harry WILKINS et Ernest SACHS), 472.

— ; physiologie (J. DUGUET), 605.

Trypanosome (infection expérimentale par le) par voie sous-arachnoïdienne (Paolo OTTONELLO), 300.

Tuber cinereum (convulsions expérimentales consécutives aux lésions du) (S. Bernard WORTIS et Dorothy KLENKE), 616.

Tuberculose (histo-pathologie des terminaisons nerveuses dans la) (LAWRENTIEW et FILATOW), 450.

— et schizophrénie ; fréquence à l'asile d'aliénés (Z. WECHSLER), 461.

Tuer (ceux qui veulent se) (A. RODIET), 150.

Tumeur cérébrale développée dans les parois des gaines de Virchow-Robin (I. NICOLESCO, E. CRACIUM, I. BAZZAN et T. HORNET), 615.

— cérébrale simulant une encéphalite aiguë (A. LEY, R. LEY et van BOGAERT), 790.

— médullaire visible à la radiographie (P. MARTIN), 789.

— (volumineuse) interhémisphérique (P. MARTIN), 791.

Tumeurs de la partie inférieure de la région pariétale gauche (A. SLACZKA), 452.

— frontales avec troubles psychiques prédominants (H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITÉCA), 463.

Tumeurs cérébrales d'origine tuberculeuse (J. BORYSOWICZ), 451.

— (les pseudo-) (BARRÉ), 569.

— métastatiques (J. PAILLAS), 582.

— ; symptômes mentaux associés (Louis MINSKI), 593.

— ; syndrome extrapyramidal et mésencéphalique (E. HERMAN), 602.

—, type glial ; origine et classification (Andréa MARI), 615.

V

Vaccin antirabique Pasteur ; essais de traitement de la paralysie générale et du tabès (Ludovico TOMMASI), 148.

Vago-sympathique (équilibre) et obésité (Y. KERMORGANT), 601.

— (équilibre) et anesthésies (G. PASCALIS), 800.

Vagotonine ; action sur le système neuro-végétatif des déments précoces (M. DESRUELLES, P. LÉCULIER et Mme P. GARDIEN), 413, 347.
 — (spécificité de la) (D. SANTENOISE), 146.
 — (effets de la) sur l'hypertension artérielle (ABRAMI, SANTENOISE et BERNAL), 807.
Ventricule (plancher du IV^e) ; tumeur angiomatense et calcifiée (Marcel DAVID, G. LOISEL, C. RAMIREZ et M. BRUN), 131.
 — (tumeur de la moitié inférieure du IV^e) (J.-A. CHAVANY, M. DAVID et M. ROIZÈS), 131.
 — (tumeur du III^e) ; tremblement de la langue (Max H. WEINBERG), 144.
 — (tumeur du IV^e) à évolution clinique anormale (CHRISTOPHE, DIVRY et MOREAU), 616.
 — (traitement chirurgical des tumeurs du III^e) (Manuel BALADO), 625.
Ventriculographie (Th. de MARTEL, J. GUILLAUME et J. PANET-RAYMOND), 598 ; (Cl. VINCENT et P. PUECH), 786.
 — (accidents oculaires au cours d'une) (BAUDOUIN et PUECH), 783.
Verbe (immanence et transcendance dans la catégorie du) (Gustave GUILLAUME), 612.
Vers (le mètre et le rythme du) (A. W. de GROOR), 611.
Vertige ; traitement (J. RAMADIER), 803.

— de Ménière, diagnostic et traitement (C. C. COLEMAN et J. G. LYERLY), 804.
Vestibulaire (le syndrome) dans les maladies nerveuses (Riccardo BOZZI), 467.

W

Wallérienne (dégénérescence) ; abolition précoce de la transmission neuro-musculaire (Jean TITECA), 473.
Wilson (maladie de) (Paul van GEHUCHTEN), 469.
Witas (signe de) pour le diagnostic du sexe d'un dormeur (CALLIS et CARBO), 809.

X

Xanthochromie du liquide céphalo-rachidien en psychiatrie (A. COURTOIS et Mme Y. ANDRÉ), 520.
Xanthomatose (la) cranio-hypophysaire. Maladie de Schüller-Christian. (E. LESNÉ, J.-A. LIÈVRE et Y. BOQUIEN), 469.
Xénopathie (une terminaison de la) : la réintégration du délire (J. VIÉ), 772.

TABLE ALPHABÉTIQUE DES NOMS D'AUTEURS (1)

A

- ABÉLY (Paul). V. *Abély* (Xavier).
- , *Discussion*, 724, 772.
- et FERDIÈRES (Gaston). Syndrome aphaso-agnoso-apraxique présénile, 733.
- ABÉLY (Xavier). *Discussion*, 91, 119.
- (Xavier et Paul). L'internement des arriérés sociaux, 457.
- (Xavier et Paul) et NODET. Perversion constitutionnelle, 246.
- ABRAHAM (Pierre). La dissymétrie latérale dans la figure humaine, 271.
- ABRAMI, SANTENOISE et BERNAL. Effets de la vagotonine dans l'hypertension artérielle, 807.
- ACHARD (Ch.). L'hérédo-ataxie cérébelleuse et la paraplégie spasmodique familiale, 142.
- AJURIAGUERRA (J.). V. *Guiraud*.
- ALAJOUANINE (Th.), THUREL et GUILLAUME. Méningiome suprasellaire à symptomatologie mentale, 130.
- , MARTEL (Th. de), THUREL et GUILLAUME. Diabète insipide consécutif à une intervention sur la région sellaire, 130.
- , THUREL et COSTE. Syndrome thalamo-pédonculaire avec troubles oculopupillaires, 269.
- , OBERLING et THUREL. Paralyse associée des globes oculaires, 269.
- , MARTEL (Th. de) et GUILLAUME (J.). Les hématomes sous-duraux post-traumatiques, 293.
- et THUREL. Ménage de parkinsoniens, 425.
- et THUREL. Paralyse faciale avec dissociation de la motilité volontaire et automatico-réflexe, 426.
- et THUREL. Syndrome sensitif cortical, 568.
- , THUREL et AUBERT. Paralyse post-zonateuse, 568.
- et THUREL. Apraxie pure, 784.
- ALBESSARD. V. *Lhermitte*.
- ALFANDARY (I.). V. *Nikolitch*.
- ALFORD (Leland B.). Localisation de la conscience et de l'émotivité, 291.
- ALLIEZ. V. *Roger*.
- ALTMOVIST (R.). Le syndrome de Stewart-Morel, 469.
- ALTMAN (M.). V. *Courtois*.
- ANDERSEN (Siggaard) et WULFF (Ferd.). Méningite séreuse et encéphalite dans l'herpès zoster, 471.
- ANDERSON (E. W.). La vie sexuelle dans les psychoses de la grossesse, 307.
- ANDRÉ (Mme Y.). V. *Courtois*.
- ANGELIS (Eugenio de). Emotions provoquées et pression artérielle chez les dysthymiques, 140.
- ANGLADE (R.-D.). Les formes psychopathiques de la maladie pseudo-bulbaire, 251.
- ANSALDI (I.-B.). V. *Ciampi*.
- ARDID (Rey), LAFIGUERA de BENITO et SOLER (Mlle Pilar). Le test du nitrite d'amyle pour la détermination du blocage spinal, 619.
- ARON (Max), CAULAERT (C. van) et STAHL (J.). Troubles fonctionnels de la préhypophyse et déséquilibres endocriniens, 147.
- V. *Viret*.
- ARRIGO (Mario d'). Manifestations de syphilis tertiaire à la suite du traitement malarique chez un paralytique général, 621.
- AUBERT. V. *Alajouanine*.
- AUBRY (P.). V. *Lalanne*.
- AUJALEU (Pierre). V. *Dide*.
- AZERAD (E.). L'hyperthyroïdie, 306.

(1) Les indications en chiffres gras se rapportent aux MÉMOIRES ORIGINAUX et aux COMMUNICATIONS à la Société Médico-Psychologique.

B

- BABONNEIX (L.) et ROUECHE. Maladie de Friedreich fruste, 424.
- , LHERMITTE (J.) et TRELLES (J.-O.). Lésions cérébro-spinales de l'encéphalite morbilleuse, 569.
- BACSICH (P.). Les ganglions intraviscéraux du système nerveux végétatif, 436.
- BADONNEL (Mlle). V. *Tinel*.
- BALADO (Manuel). Le traitement chirurgical des tumeurs du 3^e ventricule, 625.
- BALLY (Charles). Les notions grammaticales d'absolu et de relatif, 612.
- BALOGH (E. de) Histo-biochimie de l'hémorragie cérébrale, 433.
- BAONVILLE (H.), LEY (J.) et TITECA (J.). Tétanie post-opératoire avec troubles mentaux graves, 137.
- et TITECA (J.). Méningite saturnine, 295.
- LEY (J.) et TITECA (J.). Tumeurs frontales avec troubles psychiques prédominants, 463.
- BARRÉ et KLEIN. Maladie d'Addie, 425, 567.
- et MASSON (Jean). Hématome non traumatique de la dure-mère, 470.
- Les pseudo-tumeurs cérébrales, 569.
- BARUK (Henri) et BERTRAND (Ivan). Méningite tuberculeuse expérimentale, 303.
- L'état mental au cours de l'accès catatonique, 317.
- Stupeur catatonique par pyélonéphrite colibacillaire, 726.
- *Discussion*, 769.
- BAUDOUIN et PUECH. Accidents oculaires au cours d'une ventriculographie, 783.
- BAUMANN (C.) et LEEUW (H. de). Encéphalite épidémique et encéphalite grippale, 796.
- BAU-PAUSSAK (S.). Formations cartilagineuses cause de compression médullaire, 451.
- BAUWENS, BOGAERT (L. Van) et THIENPONT. Thrombo-phlébite du sinus caverneux unilatéral et à évolution chronique. Etude radiologique, 439.
- BAZZAN (I.). V. *Nicolesco*.
- BEAUDOUIN (H.). V. *Capgras*.
- *Discussion*, 557.
- V. *Marchand*.
- BEAUJARD (E.). V. *Lhermitte*.
- BEAUVIERE (J.). V. *Viret*.
- BECK (Gilbert-M.). V. *Hartman*.
- BELEY (André-P.-L.). V. *Dupouy*.
- V. *Courtois*.
- BENA (E.). La chronaxie dans les états chroniques du parkinsonisme encéphalitique, 449.
- La chronaxie des points moteurs, 449.
- BENON. L'état de démence en médecine légale, 134.
- Nouveau code pénal et perversité, 134.
- Code pénal et anomalies mentales, 572.
- La définition de la perversité, 787.
- BERNAL. V. *Abrami*.
- BERNARD (E.). De la saignée dans le traitement de l'hémorragie cérébrale, 433.
- BERNARDI (R.). Accès de sommeil incoercible, 794.
- BERSOT. La statistique européenne des malades mentaux, 281.
- BERTRAND (Ivan). V. *Bogaert*.
- V. *Baruk*.
- V. *Laignel-Lavastine*.
- V. *Souques*.
- BESANÇON (L. Justin-), SCHIFF-WERTHEIMER (Mme) et SOULIÉ (Pierre). Bases physiologiques du traitement de l'exophtalmie basedowienne, 150.
- BINDER (Hans). Le désir de transformation du sexe, 589.
- BINGEL (A.). Formes cliniques atypiques des tumeurs de l'hypophyse, 305.
- BISHOP (George-H.). V. *Heinbecker*.
- BISSERY. V. *Puech*.
- BIZE (René). V. *Schaeffer*.
- V. *Guillain*.
- Plexus choroïdes, physiologie, 301.
- BLUM (E.). La chronaxie des muscles entraînés, 301.
- BOGAERT (Ludo van) et BERTRAND (Ivan). Affection hémorragique cortico-néostriée ; chorée aiguë et mortelle, 143.
- LEY (Rodolphe-Albert) et NYSSSEN (René). Sclérose latérale amyotrophique et traumatisme, 144.
- V. *Vincent*.
- V. *Vos*.
- Syndrome extra-pyramidal dans la maladie de Pick, 428.
- V. *Bauwers*.
- et MARTIN (P.). Syndrome d'hyperthermie, 443.
- V. *Martin*.
- et LEY (Rodolphe-Albert). Troubles pseudo-cérébelleux et vaso-moteurs d'origine paracentrale, 602.
- Paraplégie spasmodique du type Strumpell non familiale, 603.
- Myélite avec trismus après sérothérapie antitétanique, 604.
- V. *Borremans*.
- V. *Ley (R.)*.
- V. *Ley (Aug.)*.
- BOQUIEN (Y.). V. *Lesné*.
- V. *Troisier*.
- BORGES-FORTES (A.). V. *Costa-Rodrigues*.

- BORNSZTAJN (M.). Schizophrénie dite somatopsychique ; l'essence de la schizophrénie, 595.
- BOROWIECKI (S.). La pathologie du caractère, 138.
- BORREMANS (Pierre) et BOGAERT (Ludo van). Myélite transverse par myélomalacie chez un alcoolique, 604.
- BORYSOWICZ (J.). Tumeurs cérébrales d'origine tuberculeuse, 451.
- BOSTROEM (A.). Du déclenchement par des causes externes des psychoses endogènes, 464.
- BOTAR (J.). Terminaison du nerf pneumogastrique antérieur, 436.
- BOUCAUD (Pierre de). Folie maniaco-dépressive et démence précoce, 287.
- BOUCKAERT (J.-J.). V. *Heymans*.
- BOVET (Th.). Le traitement de l'épilepsie par les sels de bore, 624.
- BOZZI (Ricardo). Le syndrome vestibulaire dans les maladies nerveuses, 467.
- BRIAU (R.). V. *Capgras*.
- BROCK (Samuel). V. *Riley*.
- BROENDAL (V.). L'autonomie de la syntaxe, 610.
- BROUSSEAU (Albert). Variations des classifications psychiatriques au Canada français, 777.
- BRUN (Louis). Traitement du tétanos par la méthode de Dufour, 149.
- BRUN (M.). V. *David*.
— V. *Puech*.
- BRUN (Mme M.) et MIKULSKI (K.). Malarithérapie et traitement salicylé dans la schizophrénie, 805.
- BRUN (R.). Evolution et séquelles tardives des traumatismes crâniens et cérébraux, 466.
- BRUNSCHWEILER (H.). Hémorragie ventriculaire, 433.
- BRZEZINSKI (J.). V. *Martimor*.
- BÜHLER (Karl). L'onomatopée et la jonction du langage, 609.
- BUSSCHER (de) et DEWULF (A.). Médulloblastome du 4^e ventricule avec métastase tubéreuse sans syndrome infundibulaire, 615.
- BYCHOWSKI (G.). Le criminel à la lumière de la psychanalyse, 454.
— Schizophrénie avec signes neurologiques, 461.
- CAHANE (M.). La ponction sous-occipitale dans la pratique neuro-psychiatrique, 799.
- CAIN (André). V. *Lhermitte*.
- CALLIS et CARBO. Diagnostic du sexe d'un dormeur par le signe de Wittas, 809.
- CAMBIER (P.) et LEY (R.). Tumeur médullaire, 576.
- CANEGHEM (van). L'œdème temporal, symptomatique d'une thrombo-phlébite des veines fronto-ethmoïdales, 440.
- CAPGRAS (J.). *Discussion*, 60, 401.
- , BEAUDOUIN (H.) et BRIAU (R.). L'explication délirante, 477.
- CARBO. V. *Callis*.
- CARLIER. Obsession homicide, 628.
- CARNEGIE DICKSON (W. E.). V. *Macnamara*.
- CARON (Marcel). V. *Claude*.
— V. *Guiraud*.
— Etude clinique de la maladie de Pick, 581.
— *Discussion*, 736.
- CASSIRER (Ernst). Le langage et la construction du monde des objets, 608.
- CAULAERT (C. van). V. *Aron*.
- CAZZANELLI (Ferdinando). Phénomènes électromagnétiques rayonnants du cerveau humain, 304.
- CEILLIER. *Discussion*, 401.
- CENTINI (D.). L'épilepsie postencéphalitique, 296.
- CERRA (Bocco). Corrélations thyro-ovariennes dans les maladies mentales, 307.
- CHARPENTIER (René). *Discussion*, 60, 90, 120, 121, 234, 402, 403, 404, 405, 719, 725, 731.
- CHAVANY (J.-A.), DAVID (M.) et ROIZÈS (M.). Tumeur de la moitié inférieure du 4^e ventricule, 131.
— La névralgie du fémoro-cutané, 607.
- CHAVAROT (M.). V. *Hamel*.
- CHORINE. V. *Lerog*.
- CHRISTOPHE. V. *Divry*.
— Les thrombo-phlébites du sinus caveux ; partie chirurgicale, 438.
— V. *Moreau*.
—, DIVRY et MOREAU. Tumeur du 4^e ventricule à évolution clinique anormale, 616.
- CIAMPI (L.) et ANSALDI (I.-B.). Sérothérapie de la paralysie générale, 806.
- CLAUDE (Henri) et MASQUIN (Pierre). L'évolution du dessin chez un paralytique général avant et après malarithérapie, 97, 356.
- , DUBLINEAU (J.) et CARON. Don guérisseur chez une aliénée. Les délires d'invention médicale et de guérison, 98.
—, DUBLINEAU (J.) et RUBENOVITCH. Troubles psychiques de type mystique ; état oniroïde et confusionnel ; possibilité d'état comitial, 403.
— et DUBLINEAU (J.). Intuitions délirantes, obsessions et syndrome d'action extérieure, 141.
—, EY (Henri) et MIGAULT. Etats « dysesthésiques » de structure comitiale, 257.

- et JARVIS (Ch.). Méningite séreuse juxta-cérébelleuse, 294.
- , DUBLINEAU (J.), EY (Henri) et RUBENOVITCH (P.). Etat schizomane, crises délirantes oniroïdes, 557.
- , *Discussion*, 771.
- COCHERI. L'influence de la famille sur la criminalité des mineurs, 281.
- CODET (H.). Traitements d'inspiration psychanalytique, 623.
- COHEN et DAGNELIE. Arachnoïdite spinale chez une hémiplegique, 274.
- COHEN (Marcel). Dernières persistance du langage enfantin, 613.
- COHEN (Samuel-J.) et KING (Frederick-H.). Myasthénie grave et goitre exophtalmique, 146.
- COLEMAN (C.-C.) et LYERLY (J.-G.). Vertige de Ménière, diagnostic et traitement, 804.
- COLLET (F.-J.). L'anosmie, 599.
- COLLIN (R.). V. *Viret*.
- CORCORAN (D.). Photothérapie, 800.
- CORDIER (P.) et COULOUMA. Les nerfs du thymus, 436.
- CORMAN. V. *Viret*.
- CORTESI (T.). La pyrétothérapie diathermique dans la paralysie générale, 622.
- COSTA RODRIGUES (I.) et BORGES FORTES (A.). Atrophies cérébelleuses, 142.
- COSTE. V. *Alajouanine*.
- COULOUMA. V. *Cordier*.
- COURBON (Paul) et LECONTE (Maurice). Hypomanie secondaire à un délire de persécution, 55.
- et LECONTE (Maurice). Les idées de persécution dans la manie, 121.
- , *Discussion*, 265, 386, 719, 725, 761.
- et LECONTE (Maurice). Délire systématisé de jalousie conjugale, 391.
- COURTOIS (A.). *Discussion*, 229, 390, 545.
- , V. *Dupouy*.
- et BELEY (A.). Modifications du liquide céphalo-rachidien dans un cas de délire hallucinatoire, 239.
- , Crise économique et psychopathique, 309.
- et JACOB (Mlle Elizabeth). Syndrome paralytique d'origine indéterminée, 447.
- , V. *Marchand*.
- et ANDRÉ (Mme Y.). Le liquide céphalo-rachidien xanthochromique en psychiatrie, 520.
- , PUECH (P.) et BELEY (A.). Syndrome hallucinatoire, anxieux et liquidien. Atrophie cérébrale à prédominance frontale, 545.
- et JACOB (Mlle E.). Réaction méningée subaiguë dans l'alcoolisme chronique, 736.
- , BELEY (A.) et ALTMAN (M.). Coma gardénalique et agonique traité par l'oxygène et la strychnine, 742.

- GRACIUM (E.). V. *Nicolesco*.
- CROUZON, DUBLINEAU (J.) et RUBENOVITCH (P.). Hypertonie avec attitude en adduction des membres. Etat délirant sous-jacent, 441.
- , Service d'observation et de triage neuro-psychiatrique à la Salpêtrière, 796.
- CUÉNOT (L.). V. *Viret*.
- CZUBALSKI (Fr.). Les centres sous-corticaux à la lumière de l'expérimentation physiologique, 444.

D

- DAGAND (H.). Obsession du « Donneur », 588.
- DAGNELIE. V. *Cohen*.
- et LISON. Coloration de la myéline, 275.
- et DUBOIS. Thrombo-phlébite du sinus, suite de scarlatine, 439.
- , Syndrome de l'angle ponto-cérébelleux, 468.
- DALTO (Antonio). Réactions méningées des parotidites, 295.
- DANIÉLOPOLU. La pathogénie de l'épilepsie et son traitement chirurgical, 624.
- DASSEN (Rodolfo) et MARTINEZ (Francisco). Hémorragie méningée et cérébelleuse, 294.
- DAVID (Marcel), LOISEL (G.), RAMIREZ (C.) et BRUN (M.). Tumeur angiomateuse et calcifiée du plancher du 4^e ventricule, 131.
- , V. *Chavany*.
- et RAMIREZ. Tératome de la fosse cérébrale postérieure, 268.
- DAVIDOFF (Leo M.). Tumeurs de la glande pituitaire et des formations voisines, 293.
- DAVIS (Loyal) et HAVEN (Hale A.). Anatomie chirurgicale de la racine sensitive du trijumeau, 300.
- DAVISON (Charles) et KESCHNER (Moses). Lésions myélitiques et myélopathiques, 617.
- DECHAUME (J.), SEDALLIAN (P.) et ELIZALDE (F. de). Le système nerveux végétatif dans la maladie de Heine-Mélin, 145.
- , V. *Wertheimer*.
- , V. *Favre*.
- DECOURT (Jacques). L'opothérapie épiphysaire est-elle justifiée ? 151.
- DECOUX. V. *Heernu*.
- DEELMAN (H.-T.). Etude expérimentale de l'hémorragie cérébrale, 429.
- DEJEAN (Ch.). L'acétylcholine dans la migraine ophtalmique, 150.
- DEJEAN (Mlle Renée). L'émotion, 285.
- DELACROIX (Henri). Au seuil du langage, 607.

- DELMAS (J.). Systématisation macroscopique des pédicules nerveux de l'appareil viscéral, 434.
- DEMAÏ (G.), JACOB (Mlle E.) et DOUSSINET (P.). Données cliniques sur la valeur thérapeutique du sérum humain normal, 79.
- *Discussion*, 97.
- DEMIANOWSKA (Mme Marie). Syndrome sous-cortical au cours de l'hydrocéphalie interne, 445.
- DEREUX (J.) et LIAGRE (G.). Encéphalite de nature indéterminée avec syndrome hypertensif et stase papillaire, 785.
- DEROMBES (Mlle M.). V. *Guiraud*.
- DESRUELLES (M.), LÉCULIER (P.) et GARDIEN (M.-P.). Action de la vagotonine sur le système neuro-végétatif des déments précoces, 413, 347.
- , LÉCULIER (P.) et GARDIEN (M. P.). Histoire des classifications psychiatriques, 637.
- DESSOIR (M.). Les types caractérogiques, 788.
- DEWULF (A.). V. *Busscher*.
- DICKERSON (D. G.). Amélioration par intervention chirurgicale de la céphalée migraineuse, 625.
- DIDE (Maurice). L'assistance des maladies mentales et des infirmités psychiques, 311.
- et AUJALEU (Pierre). Transmission expérimentale de virus filtrants par injection au cobaye de liquide céphalo-rachidien de déments précoces, 766.
- et AUJALEU (Pierre). Bactéries dans le sang des déments précoces, 768.
- DINGUIZLI. Alcoolisme et lagminisme en Tunisie, 799.
- DIVREY. V. *Vos*.
- DIVRY, CHRISTOPHE et MOREAU. Kyste échinococcique du lobe frontal droit, 293.
- , MOREAU (M.), LEY (J.) et TITECA (J.). Atrophie de Pick, 427.
- et EVRAUD (E.). Histoire d'une algie rebelle, 574.
- V. *Christophe*.
- La dégénérescence fibrillaire d'Alzheimer, 789.
- Les parésies de la cérébration, 792.
- DOMASZEWICZ (A.) et STEIN (W.). Matériel clinique du service neurologique à Lwow, 448.
- DONNADIEU (A.) et LÔO (P.). La pyrétothérapie soufrée dans la démence précoce, 702.
- DONNADIEU de VABRES. L'enseignement criminologique, 786.
- DORCZEWski (W.). Rapports de la sociologie et de la linguistique, 609.
- DOSUZZOV (Theodor) et UTTL (Karel). Hémorragie cérébrale avec autopsie, 141.
- Troubles de la marche dans l'encéphalite épidémique, 445.
- et UTTL. Etude anatomo-clinique du syndrome rubro-thalamique, 445.
- Sclérose en plaques isolée de la moelle épinière, 450.
- DOUSSINET (Pierre) et JACOB (Mlle Elizabeth). Des possibilités d'utilisation du sérum humain normal en thérapeutique psychiatrique, 74.
- V. *Demay*.
- DRETLE (I.). Les troubles de l'intelligence dans l'encéphalite épidémique chronique, 464.
- DUBLINEAU (J.). V. *Claude*.
- V. *Richet*.
- V. *Crouzon*.
- *Discussion*, 551.
- DUBOIS. V. *Dagnelie*.
- DUCROQUET, MACÉ et GROLEAU. Maladie de Recklinghausen, 617.
- DUGUET (J.). Physiologie du trijumeau, 605.
- DUMAS (Georges). *Allocution*, 110.
- *Discussion*, 233, 234, 402, 761.
- Nouveau traité de psychologie, 282.
- Le symbolisme dans la langue, 607.
- Mentalité paranoïde et mentalité primitive, 754.
- DUPAIN. *Discussion*, 719.
- DUPOUY (R.), COURTOIS (A.) et BELEY (André-P.-L.). Syndrome d'imitation du nourrisson d'allure hystérique chez une démente précoce, 237.
- DURAN (G.). Goitre exophtalmique traité par la thyroïdectomie, 808.
- DUVOIR. Un expert peut-il entendre des témoins et s'adjoindre un spécialiste ? 133.

E

- EARL (C. J. C.). Les dessins de figure humaine par les débilés mentaux, 588.
- EDWARDS (K. H. R.). Forme amyotatique-akinétique de l'encéphalite léthargique, 594.
- ELIZALDE (F. de). V. *Dechaume*.
- ELLERMANN. (Mogens) et SCHRÖDER (George E.). Myélome de la colonne vertébrale avec crampes épileptiformes, 144.
- ELOY (L.). Troubles psychiques post-opératoires, 426.
- ENGELSON (M.). Un cas typique de schizophrénie, 509.
- Évolution et structure de la schizophrénie, 580.

ENGERTH (G.). Troubles du dessin chez des malades atteints d'autotopagnosie, 793.

EVANS (A.-E.). Hôpitaux psychiatriques de l'Allemagne occidentale, 313.

EVARD (E.). L'état paranoïde, 460.

— Poliomylélite antérieure subaiguë probable, 470.

— V. *Divry*.

EY (Henri). *Discussion*, 68, 401.

— V. *Claude*.

F

FAHREDDIN KERIM. La question du suicide en Turquie, 281.

FALCON. V. *Gehuchten*.

FALKIEWICZ (Mme). Inflammation primitive du système nerveux, 448.

— Syndrome mésentéphalique inaccoutumé, 451.

FALKOWSKI (A.). Les névroses comme facteurs de la vie sociale, 798.

FAVRE, DECHAUME (J.) et GIRARD (P.). Les pédicules viscéraux dans l'inflammation chronique du système nerveux, 436.

FAY (T.). Affaiblissement psychique et volume de la circulation cérébrale, 800.

FERDIÈRES (Gaston). V. *Abély (Paul)*.

FERNANDES (Barhona) et FERREIRA (Fernando). La catatonie expérimentale par la bulbocapnine, 303.

FERREIRA (Fernando). V. *Fernandes*.

FIEHRER (Albert). V. *Maillard*.

FISSINGER (Noël). Physiopathologie des syndromes endocriniens, 457.

— Thérapeutique endocrinienne, 807.

FILATOW. V. *Lawrentiew*.

FINKELMAN (Isidore). Action de l'éphédrine sur le sucre sanguin dans l'encéphalite chronique, 619.

FISZHAUT (Mlle L.). Traitement des syndromes extra-pyramidaux par le sulfate d'atropine, 446.

FLEXNER (Simon). Traitement préventif de la poliomyélite, 626.

FONTAINE. V. *Wertheimer*.

FOZ (A.). Le phénomène de Petrazzini: l'oreiller psychique, 596.

FRANKE (O.). Influence de la malaria endémique sur la paralysie générale, 463.

FRAZIER (Charles-H.). V. *Spiller*.

FREEMAN (Walter). Myoclonus palatin, 600.

FRIBOURG-BLANC. *Discussion*, 556.

FUERTES PÉREZ (Fulgencio). Psychose tabétique, 463.

— Intoxication cyanhydrique par injection de cyanure chez un tabétique, 801.

FULTON (J. F.), LIDDELL (E. G. T.) et RIOCH (D. Mck.). Relations du cerveau et du cervelet, 142.

G

GAILLY (H.). La surveillance des délinquants anormaux libérés, 629.

GALATCHIAN (A.). Les psychoses des frères et sœurs des schizophrènes, 596.

GARDIEN (M. P.). V. *Desruelles*.

— et LÉCULIER (P.). Divorce prononcé pendant l'internement, 209.

GARDNER (W.-James). Hydrocéphalie externe active, 141.

GARNA (A.). Psychothérapie des schizoïdes, 804.

GAUDISSERT et MASSION-VERNIORY. Pupillotonie avec aréflexie tendineuse, 466.

GAUTIER (Cl.). V. *Viret*.

GEHUCHTEN (Paul van). Maladie de Wilson, 469.

— Tumeur de l'épiphyse, 575.

— Myélites : disséminée, syphilitique, funiculaire, 575.

— et FALCON. Histo-pathologie de l'encéphalite vaccinale, 575.

GELB (Adhémar). Utilisation des données pathologiques pour la psychologie et la philosophie du langage, 613.

GELBARD (A.). Oligodendrogliome du lobe temporal droit, 450.

GELLERT (A.). Les ganglions nerveux du plexus carotidien interne, 436.

GÉNIL-PERRIN et LEBREUIL (Mme M.). Un simulateur démasqué, 571.

— et LEBREUIL (Mme). Usage de faux au cours d'un état confusionnel, 786.

GEYER (E.). V. *Hartman*.

GIACANELLI (V. U.). L'hémiatrophie cérébro-cérébelleuse croisée, 468.

GIANNELLI (Giuseppe). Radiculites, 605.

GIRARD (P.). V. *Favre*.

GODLOWSKI (W. J.). Hyperkinésies peu communes, 445.

GOLDFLAM (S.). Réflexes cutanés dans les affections du lobe frontal, 466.

GOLDSTEIN (K.). L'analyse de l'aphasie et l'étude du langage, 614.

GORDON (Alfred). Troubles mentaux tardifs consécutifs aux traumatismes crâniens, 593.

GOUREVITSCH (M.). Altérations du schéma du corps en rapport avec les troubles psycho-sensoriels, 590.

- GRABARZ et KULIGOWSKI (Z. W.). — Affections inflammatoires du système nerveux sans étiologie connue, 447.
- V. *Jakimowicz*.
- GRAHAM (Norman B.). Traitement de la paralysie générale par la diathermie, 622.
- GREEF (de). Intelligence et criminalité, 136.
- GRÉGOIRE (A.). L'apprentissage de la parole pendant les 2 premières années, 612.
- GROLEAU. V. *Ducroquet*.
- GROÛT (A. W. de). Le mètre et le rythme du vers, 611.
- GRUSZECKA (Mme A.). Polynévrite d'origine inconnue, 448.
- GUILLAIN (G.) et BIZE (P. R.). Hémihypertrophie du corps du type congénital associée à un dolichocolon, 132.
- et MOLLARET (Pierre). Le syndrome cardio-bulbaire de la maladie de Friedreich, 143.
- et SÈZE (S. de). 56 cas d'hémorragie cérébrale observés à la Salpêtrière, 433.
- GUILLAUME (Gustave). Immanence et transcendance dans la catégorie du verbe, 612.
- GUILLAUME. V. *Alajouanine*.
- V. *Martel*.
- GUILLY (Paul). V. *Laignel-Lavastine*.
- GUILMOT. Syndrome parkinsonien post-encéphalitique, 628.
- GUINEKEN (Jacques van). La biologie de la base d'articulation, 611.
- GUIRAUD (P.) et LAGACHE (D.). — Du rôle de l'éréthisme moteur primitif dans la genèse des hallucinations parlées, 69.
- *Discussion*, 223, 266, 404, 736, 742.
- et DEROMBES (Mlle M.). Cas de maladie familiale de Roussy-Lévy avec troubles mentaux, 224.
- et AJURIAGUERRA (J.). Aréflexie, pieds creux, amyotrophie, signe d'Argyll-Robertson et troubles mentaux, 229.
- et CARON (M.). Maladie de Pick, 234.
- GULLOTTA (S.). Méningiome malin prétemporal gauche, 298.
- GUTTMANN (E.). V. *Iokl*.
- HAMDI (H.). Parésie homonyme à la suite d'une hémorragie cérébrale, 434.
- HAMEL (J.), CHAVAROT (M.) et ROGER (Pierre). La réaction de Kottmann dans la psychose hallucinatoire chronique, 762.
- La stérilisation des aliénés et des criminels au point de vue médical, 798.
- HANDELSMAN (J.). Pathogénie des troubles psychiques organiques, 594.
- HARRIS (M. M.) et KATZ (S. E.). L'amytal sodique et rhodanate de sodium chez les malades mentaux, 808.
- HARTMAN (Frank A.), BECK (Gilbert M.) et THORN (George W.). Amélioration des troubles nerveux et mentaux par la cortico-surrénale, 620.
- HARTMAN (H.) et STUMPF (F.). Schizophrénie gémellaire ; hérédité du don musical. — WENINGER (N.), RUTIL (R.) et GEYER (E.). Considérations anthropologiques, 595.
- HASKOVEC. Psychisme sous-cortical, 445.
- Atrophie de Pick, 453.
- HASSIN (George B.). Paraplégie en flexion et signe de Lhermitte, 603.
- HAVEN (Hale A.). V. *Davis*.
- HEERNU (J.) et DECOUX. Syndrome de la fente sphénoïdale, 275.
- HEINBECKER (Peter), BISHOP (George H.) et O'LEARY (James). Fibres douloureuses et tactiles dans les nerfs périphériques, 606.
- HELMANN (Mauricio). Le délire d'interprétation, 591.
- HELMHOLZ (H. F.) et KEITH (H. M.). Traitement de l'épilepsie par la diète cétogène, 802.
- HELSMOORTEL jr (J.), NYSSEN (R.) et THIENPONT (R.). Anosmie et agnosie complètes, 442.
- V. *Nyssen*.
- , NYSSEN (R.) et THIENPONT (R.). Les troubles olfactifs dans les traumatismes crano-cérébraux, 599.
- HENNER (K.). L'encéphalite aiguë disséminée, 447.
- HERMAN (E.). V. *Sterling*.
- Syndrome extrapyramidal et mésoencéphalique dans un cas de tumeur cérébrale, 602.
- HESNARD (A.). Homosexualité et Endocrines, 308.
- HEUCQUEVILLE (G. d'). V. *Rogues de Fursac*.
- V. *Laignel-Lavastine*.
- La stérilisation chirurgicale, 570.
- HEYER (G.). Un internement contesté, 484.
- *Discussion*, 263, 565.
- et TISON. Démence précoce avec délire disparaissant au cours d'une typhoïde grave, 552.

HAAKON SAETHRE. Formes atypiques de la paralysie générale, 462.

HAGUENAU et LEDOUX-LEBARD. Le signe d'Argyll-Robertson, 569.

HALBAN (H.) et ROTHFELD (J.). Manifestations sous-corticales rares, 445.

- , L'automatisme mental, 573.
- et NACHT (S.). Obsession guérie par la réalisation de l'idée obsédante, 720.
- , Dystonies d'attitudes d'origine encéphalitique, 783.
- HEYMANS (C.) et BOUCKAERT (J. J.). Influence des zones vaso-sensibles de l'aorte et des sinus carotidiens sur l'excitabilité corticale motrice, 601.
- HEYNIX. Tumeur latérale du cavum avec extension endocranienne, 442.
- HICQUET. Thrombo-phlébite otitique sans mastoïdite suppurée, 439.
- HOLLANDER (d') et ROUVROY. Dégénérescence muqueuse du cerveau des déments précoces, 273.
- HOMBERG (Bernard). L'épilepsie cardiaque, 456.
- HOPWOOD (J. S.) et SNELL (H. K.). L'amnésie dans ses rapports avec le crime, 627.
- HORNET (T.). V. *Nicolesco*.
- HOVEN (H.). Démence avec épilepsie, 462.
- , Démence à la ménopause, 462.
- HÜRNERFELD (I.). Traitement des psychoses endogènes par l'hématoporphyrine, 801.
- HUGUENIN (R.). V. *Lhermitte*.
- HUNTER MURDOCH (J.). Le crime, mode de réaction schizophrénique, 808.
- HURYNOWICZ (Mlle J.). Chronaxie du système végétatif, 449.

I

- IASCKE (Th. v.). La stérilisation dans le cadre de l'eugénique, 310.
- ILLING (E.). Délire et confusion onirique dans la psychose maniaque-dépressive, 592.
- IOKL (E.) et GUTTMANN (E.). Etude neuropsychiatrique sur les boxeurs, 291.
- IORGENSEN (E. G.), NEEL (A. V.) et SCHRÖDER (G. E.). Perturbations cliniques et sérologiques dans les affections syphilitiques du système nerveux, 302; dans la paralysie générale, 619.
- IBRAZOQUI VILLALONGA (E.). V. *Pons-Balmes*.

J

- JACOB (Mlle Elizabeth). V. *Doussinet*.
- , V. *Demay*.
- , V. *Tinel*.
- , Rôle du sympathique dans la genèse de quelques troubles fonctionnels, 288.
- , V. *Courtois*.

- JACQUIN-CHATELLIER (Mme). V. *Viret*.
- JAKIMOWICZ (W.) et KULIGOWSKI (Z.). Oblitération de l'aqueduc de Sylvius due à la prolifération de l'épendyme, 451.
- et GRABARZ (J.). Méningite nécrotique médullaire, 451.
- JAMEISON (Gerald R.) et WALL (James H.). Aspects psychiatriques du suicide, 591.
- JANICHEWSKI (A.). La conception biologique du sommeil, 300.
- JANOTA (Otakar). Thérapeutique de la narcolepsie par l'éphédrine, 445.
- , Les services psychiatriques libres, 453.
- JANKOWSKA (Mme H.). La « Protection familiale » des malades psychiques à Vilno, 453.
- , Etude de la personnalité, 589.
- JARVIS (Ch.). V. *Claude*.
- JEDLOWSKI (Paolo). Recherches hémato-logiques dans la schizophrénie, 618.
- , L'opothérapie sexuelle dans les états dépressifs, 620.
- JESPERSEN (Otto). Cause psychologique de quelques phénomènes de métrique germanique, 612.
- JESSEN (H.). Traitement de la céphalée traumatique par l'insufflation d'air, 149.
- JORDAN (L.). La logique et la linguistique, 608.

K

- KAISER-SWIERCZEK. (Mme S.). V. *Swierczek*.
- KATZ (S.-E.). V. *Harris*.
- KEITH (H.-M.). V. *Helmholz*.
- KERMORGANT (Y.). Equilibre vago-sympathique et obésité, 601.
- KESCHNER (Moses). V. *Davison*.
- KIENE (Hugh-E.) et O'DONNELL (Alan-E.). Une chaise utilisée pour la ponction lombaire, 150.
- KING (Frederick-H.). V. *Cohen*.
- KISS (F.). Etude microscopique des péricules nerveux de l'appareil viscéral, 435.
- KLEIN. V. *Barré*.
- KLENKE (Dorothy). V. *Wortis*.
- KLIMKE (W.). Traitement de l'agitation schizophrénique par les ponctions lombaires abondantes, 804.
- KOSTER (S.). Traitements de la sclérose multiple par le cacodylate à hautes doses, 803.
- KOURETAS (D.) et SCOURAS (Ph.). Le cauchemar. Symptomatologie et pathogénie, 591.
- KRAUS (Walter). L'évolution du cortex cérébral chez l'homme, 296.

KRETSCHMER (E.). L'influence des caractères acquis raciaux et familiaux sur les psychoses, 139.

KULIGOWSKI (Z.-W.). Syndrome oculo-encéphalique dans un cas de gliome pédonculo-protubérantiel, 446.

— V. *Grabarz*.

— Les lésions inflammatoires du système nerveux central d'étiologie inconnue, 447.

— V. *Jakimowicz*.

— Lésions de la dure-mère dans un cas de glioblastome du cervelet, 452.

KÜPPERS (K.) et STREHL. L'insuline dans le traitement du refus de nourriture, 620.

L

LAET (Maurice de). La douleur, 598.

LAFIGUERA de BENITO. V. *Ardid*.

LAFORA (Gonzalo-R.). Sélection professionnelle des infirmiers psychiatriques, 313.

LAGACHE (D.). De la place des impressions sensitives dans la genèse des hallucinations parlées, 61.

— V. *Guiraud*.

LAIGNEL-LAVASTINE, HEUCQUEVILLE (Georges d') et GUILLY (Paul). Evolution schizophrénique et colibacillose puerpérale, 243.

—, BERTRAND (Ivan) et LIBER (Amour-F.). Le cerveau d'une centenaire ; étude anatomo-clinique, 333.

—, HEUCQUEVILLE (Georges d') et GAUTIER (Michel). Tentative de suicide par la hache d'un alcoolique au début d'une paralysie générale, 741.

LALANNE (Jean). L'interprétation délirante, 287.

— et AUBRY (P.). Psychose toxi-infectieuse récidivante d'origine génitale, 375.

LALO (Ch.). La symétrie au point de vue psychologique et esthétique, 572.

LAQUERRIÈRE (A.), LÉONARD (D.) et MÉNARD (Emile). Considérations cliniques et électroradiologiques sur une épidémie de paralysie infantile, 145.

LARUELLE (L.) et REUMONT (M.). Anatomie microscopique de la moelle épinière, 436.

LAUWERS. Thrombo-phlébites du sinus caveux traitées par drainage, 440.

LAUZIER (J.). Mesures de sûreté prévues dans l'avant-projet de réforme du code pénal, 413.

LAWRENTIEW et FILATOW. L'histopathologie des terminaisons nerveuses dans la tuberculose, 450.

LEBREUIL (Mme M.). V. *Génil-Perrin*.

LÉCHELLE, PETIT-DUTAILLIS, THÉVENARD et SCHMITE. Syndrome de compression médullaire par épидурite, 270.

LECLERC (Georges) et PONT (Joseph). La sciatique traumatique, 606.

LÉCONTE (Maurice). V. *Courbon*.

LÉCULIER (P.). V. *Desruelles*.

— V. *GARDIEN*.

LEDoux-LEBARD. V. *Haguenau*.

LEEUW (H. de). V. *Baumann*.

LEFÈBRE de BELLEFEUILLE (Gaston). Manuel de technique psychométrique, 286.

LÉONARD (D.). V. *Laquerrière*.

LEROY. Paraspasme facial bilatéral, 427.

LEROY (Raoul), CHORINE et MÉDAKOVITCH (G.). Réaction de Henry dans l'infection palustre expérimentale, 302.

LESAGE (A.). Enfance et hérédité, 455.

LESNÉ (E.), LIÈVRE (J.-A.) et BOQUIEM (Y.). La xanthomatose cranio-hypophysaire, maladie de Schüller-Christian, 469.

LÉVI-BIANCHINI. Le suicide et l'homicide des aliénés internés dans les asiles, 628.

LÉVIN (Max). Délirium et autres psychoses dus au bromure, 592.

LÉVY (Mlle Françoise). V. *Maillard*.

LÉVY (Mlle Gabrielle). V. *Roussy*.

LÉVY-VALENSI. *Discussion*, 60, 396, 556, 760.

— L'auto-accusation, 591.

— Mentalité primitive et psychopathologie, 676.

LEY (Aug.). L'assistance publique extra-hospitalière pour malades mentaux, 278.

— La stérilisation et la castration des dégénérés, 310.

—, LEY (A.) et BOGAERT (L. van). Tumeur cérébrale ayant simulé une encéphalite aiguë, 790.

LEY (J.). V. *Baonville*.

— V. *Dirry*.

— et TITECA (Jean). Myopathie distale tardive, 604.

LEY (Rodolphe-Albert). V. *Bogaert*.

— V. *Cambier*.

— et BOGAERT (Ludo van). Paralysie ascendante de Landry, 790.

— V. *Ley* (Aug.).

LHERMITTE (J.), NEMOURS-AUGUSTE et TRELLES (J.). Histopathologie de la syringomyélie traitée par les rayons X, 131.

— et HUGUENIN (R.). La narcolepsie cryptogénétique avec onirisme et somnolence, 268.

— et TRELLES (J.-O.). L'apraxie constructive, 291.

—, MASSARY (J. de) et TRELLES (J.-O.). Obésité hypophysaire et hypothalamique, 423.

- , CAIN (André) et TRELLES (J.-O.). La poliomyélite zosterienne, 425.
 —. Pathogénie et physio-pathologie de l'hémorragie cérébrale, 431.
 — et BAUJARD (E.). Syringomyélie et syndrome ventriculaire à répétition, 567.
 — V. Babonneix.
 — et TRELLES (J.-O.). Les plaques sénilles du diencéphale, 569.
 — et ALBESSARD. La soif morbide, 785.
 LIAGRE (G.). V. *Dereux*.
 LIBER (A.-F.). V. *Misset*.
 —. V. *Laignel-Lavastine*.
 LIDDELL (E.-G.-T.). V. *Fulton*.
 LIÈGE (R.). La méningite tuberculeuse serait-elle curable ? 149.
 LIÈVRE (J.-A.). V. *Lesné*.
 LISI (Francesco) et PENNACCHI (Fabio). Allergie cutanée et superinfection syphilitique chez les paralytiques généraux, 292.
 LISON. V. *Dagnelie*.
 LOISEL (G.). V. *David*.
 LOLLÉ (N.). Taux uréique, acide urique et cholestérol du sang au cours des méningo- et encéphalopathies, 302.
 LOOY (G. van). Intoxication oxycarbonée, 295.
 LÓPEZ-ALBO (W.). Traitement de la chorée grave par le sulfate de magnésie, 802.
 LOW (Abraham-A.). V. *Singer*.
 LUGARO (F.). Les fibres centrifuges des racines postérieures, 299.
 LYERLY (J.-G.). V. *Coleman*.

M

- MACÉ. V. *Ducroquet*.
 MACKENZIE (J.-M.). Absence du corps restiforme gauche, 298.
 MACNAMARA (E.-D.) et CARNEGIE-DICKSON (W.-E.). Dégénérescence cérébromaculaire, 298.
 MAFFO VIALLI. Histologie de l'épithélium choroïde, 298.
 MAILLARD (Gaston), LÉVY (Mlle Francoise) et FIEHRER (Albert). Les éruptions dues aux barbituriques dans le traitement de l'épilepsie, 624.
 MARANON (G.). Radiculite par spondylite mixte goutteuse et infectieuse, 605.
 MARCHAND (L.). *Discussion*, 222, 223, 233, 403, 725, 736.
 — et COURTOIS (A.). Anatomo-pathologie de l'encéphalite psychosique hémorragique, 433.
 —, BEAUDOUIN (H.) et ROYER (J.). Cancer du sein opéré, métastases cérébrales consécutives 615.
 — et COURTOIS (A.). Aphasie sensorielle post-traumatique, 744.

- MARCUS (Henry). Polyneuritis perivasculitica, 471.
 MARI (Andréa). Origine et classifications des tumeurs cérébrales de type glial 615.
 MARIE (A.) et MÉDAKOVITCH. Le traitement de la paralysie générale par la haute fréquence à ondes courtes, 623.
 MARIOTTI (E.) et SCIUTI (M.). La malariathérapie de la paralysie générale et de la démence précoce, 621.
 MARTEL (Th. de). V. *Alajouanine*.
 — et GUILLAUME. Méningiome temporal droit chez l'enfant, 567.
 —, GUILLAUME (J.) et PANET-RAYMOND (J.). La ventriculographie, 598.
 MARTIAL (René). L'aliénation mentale dans ses rapports avec l'immigration, 308.
 MARTIMOR (E.) et BRZEZINSKI (J.). Traitements inspirés par la constatation de l'acidose et de la rétention chlorée dans divers syndromes mentaux, 538.
 MARTIN (P.). V. *Bogaert*.
 — et BOGAERT (L. van). Troubles psychiques dans les tumeurs de la région suprasellaire, 443.
 —. Tumeur médullaire visible à la radiographie, 789.
 —. Volumineuse tumeur interhémisphérique, 791.
 MARTINENGO (Vittorio). V. *Rizzati*.
 MARTINEZ (Francisco). V. *Dassen*.
 MASQUIN (Pierre). V. *Claude*.
 MASSARY (J. de). V. *Lhermitte*.
 MASSON-VERNIOY. V. *Gaudissart*.
 MASSON (Jean). V. *Barré*.
 MATECKI (L.). De la psychopathologie du parkinsonisme post-encéphalitique, 795.
 MAZHAR-OSMAN. L'héroïnomanie à Istamboul, 281.
 MAZURKIEWICZ (J.). La chronaxie de subordination, manifestation de la mémoire biologique, 449.
 MÉDAKOVITCH (G.). V. *Leroy*.
 —. V. *Marie*.
 MEDEA (E.). L'école et l'hygiène mentale, 276.
 MEILLET (A.). Le bilinguisme, 609.
 MÉNARD (Emile). V. *Laquerrière*.
 MERIGGI (P.). La structure des langues groupantes, 610.
 MERLE (P.). V. *Viret*.
 MÉTALNIKOV (S.). Rôle du système nerveux et des facteurs biologiques dans l'immunité, 579.
 METTETAL (Roger). L'enfance anormale et l'éducation de la mère et de l'enfant, 281.
 MICHEL (Jean). Pathogénie et traitement des états psychoneurasthéniques, 290.
 MIGAULT. V. *Claude*.
 MIGNOT. *Discussion*, 60, 121, 223.

- *Allocution*. 111.
 MIKULSKI (K.). V. *Bran* (Mme).
 MINKOWSKA (Mme Françoise). Van Gogh. Les relations entre sa vie, sa maladie et son œuvre, 139.
 MINKOWSKI. Anatomie pathologique de l'épilepsie, 296.
 MINSKI (Louis). Symptômes mentaux associés aux tumeurs cérébrales, 593.
 MISSET (A.) et LIBER (A. F.). L'épaississement diffus post-traumatique du crâne, 246.
 MOIROUD (Pierre). Fracture du crâne et méningite puriforme aseptique, 141.
 MOLITCH (Matthew). Hémihypertonie postapoplectique, 143.
 MOLLARET (Pierre). V. *Guillain*.
 — V. *Robin*.
 — et STEFANOPOULOU. Ataxie aiguë expérimentale chez le singe, 784.
 MONIZ (Egas) et PACHECO (Luiz). Neurographie, 597.
 MONTCHANIN (M. l'abbé). V. *Viret*.
 MONTCHEUIL (R.P. de). V. *Viret*.
 MONTLAUR (H.). Intolérance aux arsénobenzènes et petit éthylisme mondain, 801.
 MORAWIECKA (Mme). V. *Mozolowski*.
 MOREA (Ricardo). Traitement chirurgical de l'atrophie de la papille, 625.
 MOREAU. V. *Dirvy*.
 — Les thrombo-phlébites du sinus caveux ; partie clinique, 437.
 — et CHRISTOPHE. Syndrome de l'angle ponto-cérébelleux d'origine traumatique, 468.
 — V. *Christophe*.
 MOREL (Ferdinand). Hallucinations auditives verbales, l'écho de la lecture, 460.
 MOSINGER (M.). V. *Roussy*.
 MOZOLOWSKI, MORAWIECKA (Mme) et TYCZKA. Processus aigus disséminés inflammatoires et primitifs du système nerveux d'origine indéterminée, 448.
 MULLER (M.). Du droit des médecins experts de s'entourer de tous renseignements utiles, 133.
 MUSSIO-FOURNIER. Troubles du système nerveux dans le myxœdème, 306.

N

- NACHT (S.). V. *Heuyer*.
 NAGY (M.). Psychoses basedowiennes, 306.
 NARDI (Jacopo). Maladie de Lobstein dans l'épilepsie, 305.
 — Les crises myotoniques dans le parkinsonisme de l'encéphalite chronique, 796.

- NEEL (A. V.). V. *Iorgensen*.
 NEMOURS-AUGUSTE. V. *Lhermitte*.
 NEVE. Accès de mélancolie, 465.
 NICOLAI (Paul). Etat mental des parkinsoniens post-encéphalitiques, 288.
 NICOLESCO (I.) et HORNET (T.). Le faisceau pyramidal direct de Türck, 299.
 —, CRACIUM (E.), BAZZAN (I.) et HORNET (T.). Tumeur cérébrale développée dans les parois des gaines de Virchow-Robin, 615.
 NIKOLITCH (A.) et ALFANDARY (I.). Poly-névrite due à l'intoxication par l'apiol, 472.
 NODET. V. *Abély* (Xavier).
 NYSSSEN (René). V. *Bogaert*.
 — V. *Helsmoortel*.
 — Les réflexes olfactifs, 598.
 —, HELSMOORTELT J^r (J.) et THIENPONT (R.). L'anosmie héréditaire, 599.

O

- OBERLING. V. *Alajouanine*.
 O'DONNELL (Alan E.). V. *Kiene*.
 O'LEARY (James). V. *Heinbecker*.
 ORLANDO (Roque). Paralyse générale à forme de Lissauer, 292.
 ORZECZOWSKI (C.). Les inflammations primitives du système nerveux à étiologie inconnue, 446.
 OTTONELLO (Paolo). Infection expérimentale par le trypanosome par voie sous-arachnoïdienne, 300.

P

- PACHECO (Luiz). V. *Moniz*.
 PACIFICO (A.). Les accidents de la ponction lombaire ; rapports avec le système neuro-végétatif, 799.
 PAGET (R. A. S.). L'évolution du langage, 608.
 PAILLAS (J.). Tumeurs cérébrales métastatiques, 582.
 PANET-RAYMOND (J.). V. *Martel*.
 PASCALIS (G.). Equilibre vago-sympathique et anesthésies, 800.
 PATERSON (Arthur S.) et RICHTER (Curt P.). Action de la scopolamine et du gaz carbonique sur la catalepsie produite par la bulbocapnine, 303.
 PAUBRAN (D.) et PAUNESCO (T.). Les diastématomyélies, 300.
 PAUNESCO (T.). V. *Paubran*.
 PEKELIS. V. *Roger*.
 PELAGATTI (Vittorio). Les glandes endocrines chez une fillette atteinte d'idiotie épileptique et de nanisme, 307.

R

PELLACANI. Les services de prophylaxie neuro-mentale en Italie, 279.

PENNACCHI (Fabio). V. *Lisi*.

—, Thérapeutique de la démence précoce, 621.

PERAITE (M.). V. *Sacristan*.

PETIT (G.). *Discussion*, 68, 411.

PETIT-DUTAILLIS. V. *Léchelle*.

PEYRE (E.-L.). Les problèmes de l'assistance mentale aux colonies, 797.

PICARD. *Discussion*, 265.

PIERCE (Lydia B.). Hydrocéphalie, 294.

PIÉRON (Henri). L'année psychologique, 284.

PINTO de TOLEDO (Luiz). Les psychoses dites carcérales, 630.

PODWINSKI (Juljan). Patronage familial en Pologne : la colonie de Janieliszki, 312.

POLLACK (Horatio M.). Le placement familial et le problème de l'assistance, 312.

PONGS (Hermann). L'image poétique et l'inconscient, 609.

PONS-BALMES (J.). Rémissions thérapeutiques postpaludéennes dans la paralysie générale, 148.

— et IRAZOQUI VILLALONGA (E.). Perturbations glycémiqnes dans la schizophrénie, 619.

PONT (Joseph). V. *Leclerc*.

POPEK (K.). La loi tchécoslovaque à l'égard des mineurs et le point de vue de la biologie criminelle, 454.

POPPI (Umberto). Constitution morphologique des tabétiques, 603.

POROT (A.). L'assistance psychiatrique en Algérie et le futur hôpital psychiatrique de Blida, 797.

PORTMANN. Chirurgie des thrombophlébites des sinus, 438.

PROBY (Henry). Les troubles méconnus des constricteurs du pharynx, 600.

PRUSSAK (L.). L'inflammation disséminée du système nerveux chez les enfants, 447.

PUECH (P.) et STUHL. La selle turcique. Etude radiologique dans les tumeurs de l'hypophyse, 132.

—, BISSERY et BRUN. Craniopharyngiomes, 424.

—, V. *Courtois*.

—, V. *Baudouin*.

—, V. *Vincent*.

PUTNAM (T. J.). Traitement de l'athétose et de la dystonie par section du tractus moteur extra-pyramidal, 803.

Q

RAJKA (S.). Erythromégalie au cours d'une polyglobulie, 452.

RAMADIER (J.). Traitement du vertige, 803.

RAMIREZ (C.). V. *David*.

RAVAUT (Paul). Syphilis nerveuse cliniquement inapparente, 582.

RAVINA (A.). L'année thérapeutique, 585.

RAYNEAU. *Discussion*, 222.

REUMONT (M.). V. *Laruelle*.

REVAULT D'ALLONNES. Les phénomènes d'« effet », 465.

RICHTER fils (Ch.), DUBLINEAU (J.) et RUBENOVITCH (P.). Syndrome psychopathique post-encéphalitique évoluant chez une périodique, 405.

RICHTER (Curt P.). V. *Paterson*.

RIETI (Ettore). Schizomanie périodique, 140.

RILEY (Henry Alsop) et BROCK (Samuel). Myoclonus rythmique, 600.

RINGENBACH (M.) et WERTHEMAN (A.). Famille de sujets atteints de chorée de Huntington, 471.

RIOCH (D. Mck.). V. *Fulton*.

RISER et SOL. Névtraxite zostérienne, 298.

RIZZATI (Emilio) et MARTINENGO (Vittorio). La formule leucocytaire dans les dysthymies, 618.

ROASENDA (C.). Convergence des globes oculaires insuffisante dans la paralysie faciale périphérique, 606.

ROBIN et MOLLARET. Troubles toniques et cérébelleux chez le chien, 269.

ROCHE (C.). Arsenicaux et nerf optique, 801.

ROCHON-DUVIGNEAU (A.). L'indépendance des mouvements oculaires chez les amammaliens, 135.

RODIET (A.). Ceux qui veulent se tuer, 150.

ROELANTS. Pyromanie, 629.

ROEMER (Hans). L'importance de la famille pour l'hygiène mentale, 279.

ROGER (H.), PEKELIS et ALLIEZ. La chorée fibrillaire de Morvan, 270.

ROQUES DE FURSAC (J.) et HEUCQUEVILLE (G. d'). Etude de la mimique fronto-orbitaire, 1.

ROIZÈS (M.). V. *Chavany*.

ROMAN. V. *Viret*.

RONDEPIERRE. *Discussion*, 745.

ROTHFELD (J.). V. *Halban*.

—, Pathophysiologie du nystagmus de la tête, 601.

ROUBINOVITCH (J.). L'adolescence, 309.

—, Comment combattre les anomalies infantiles, 457.

ROUECHE. V. *Babonneix*.

QUÉRON (P.). V. *Vié*.

ROUSSY (Gustave) et LÉVY (Mlle Gabrielle). La dystasie aréflexique héréditaire, 146.

— et MOSINGER (M.). Les méninges périhypophysaires, 568.

ROUTIL (R.). V. *Hartman*.

ROUVROY. V. *Hollander*.

ROYER (J.). V. *Marchand*.

ROYER (Pierre). V. *Hamel*.

RUBÉNOVITCH. V. *Claude*.

— V. *Richet*.

— V. *Crouzon*.

RUDOLF (M.). V. *Sainton*.

S

SACHS (Ernest). V. *Wilkins*.

SACRISTAN (J. M.) et PERAITE (M.). Le métabolisme du brome dans la psychose maniaque-dépressive endogène, 618.

SAINTON (P.) et RUDOLF (M.). Thyroïdite ou strumite rubéolique, 147.

SAJDOVA (Véra). V. *Vitek*.

SAKAL. Nouveau traitement de la morphinomanie, 804.

SALMON (Alberto). Vues actuelles sur le sommeil, 305.

— Pathogénie du diabète insipide, 305.

SALVATORE di MAURO. L'autohémothérapie dans les maladies mentales chroniques, 620.

SANCHIS-BANUS (José). Accidents mortels consécutifs à la ponction lombaire chez des malades sans tumeur cérébrale, 301.

SANO (F.). Tumeur ponto-cérébelleuse, 574.

SANTE DE SANCTIS. L'instabilité, 587.

— Constitution et personnalité, 588.

— Les névroses, 792.

— Paralyse générale et malarithérapie, 806.

SANTENOISE (D.). Spécificité de la vago-tonine, 146.

— V. *Abrami*.

SAPIR (Edward). La réalité psychologique des phonèmes, 611.

SCHACHTER. Le phénomène de Babinski chez les nourrissons, 601.

— Le mensonge et le témoignage chez l'enfant, 809.

SCHAEFFER (Henri) et BIZE (René). Mouvements anormaux unilatéraux à type d'agitation motrice congénitale, 129.

SCHIFF. *Discussion*, 102, 248.

SCHIFF-WERTHEIMER (Mme). V. *Besançon*.

SCHILDER (Paul). Syndromes de paralysie agitante chez les alcooliques, 145.

SCHMID (Harold). Anatomie pathologique de l'encéphalite dite post-vaccinale expérimentale, 297.

SCHMITE. V. *Léchelle*.

SCHOTTKY (J.). Comportement impulsif inhabituel par troubles du développement, 808.

SCHOU (H. I.). Psychoses et névroses anémiques, 593.

SCHREIBER (G.). Traitement de la méningite tuberculeuse par l'allergine de Jousset, 803.

SCHRÖDER (George E.). V. *Ellermann*.

— V. *Iorgensen*.

SCHRÖDER (P.). Psychopathes et caractères anormaux, 139.

SCHUBE (Parcell G.). La cholestérinémie dans les maladies mentales, 618.

SCHWARTZ (P. H.). Des attaques d'apoplexie et de leur pathogénèse, 430.

SCIUTI (M.). V. *Mariotti*.

SCOURAS (Ph.). V. *Kouretas*.

SECHEHAYE (A.). La pensée et la langue, 608.

SEDALLIAN (P.). V. *Dechaume*.

SÉGLAS (J.). *Discussion*, 759.

SÉRIEUX (Paul). Les pensionnaires de la Charité de Senlis, maison d'aliénés et de correctionnaires au XVIII^e siècle, 458.

SIMON (Hermann). La psychothérapie à l'asile, 473.

SIMON (Th.). *Discussion*, 761.

SINGER (H. Douglas) et LOW (Abraham A.). Acalculie, 597.

SKRZYPINSKA (Mme J.). Modifications de la chroxaxie vestibulaire, 449.

SLACZKA (A.). Symptômes de tumeurs de la partie inférieure de la région pariétale gauche, 452.

SMITH (A. W. H.). Malarisation thérapeutique des paralytiques généraux sous les tropiques, 622.

SNELL (H. K.). V. *Hopwood*.

SOL. V. *Riser*.

SOLER (Mlle Pilar). V. *Ardid*.

SOMMERFELD (Alf.). Le rôle des éléments moteurs dans les changements phonologiques, 611.

SORREL. V. *Thomas*.

SORREL (Mme). V. *Thomas*.

SOULIÉ (Pierre). V. *Besançon*.

SOUQUES et BERTRAND (I.). Névrite hypertrophique progressive de l'enfance, 785.

SPECTOR (Mme W.). Application de la biologie criminelle aux mineurs, 454.

SPILLER (William G.) et FRAZIER (Charles H.). Tic douloureux, 472.

SPILLMANN (Louis). Lutte contre la syphilis, 584.

SPOTA (Benjamin B.). Pseudo-sclérose latérale amyotrophique syphilitique, 144.

- STAHL (J.). V. Aron.
 STEFANOPOULO. V. Mollaret.
 STEIN (W.). V. Domaszewicz.
 STERLING (L.). La palilalie occulte et les moyens de la dépister, 794.
 STERLING (W.) et HERMAN (E.). L'encéphalo-myélite sans étiologie connue, 447.
 STORRING (E.). La dépersonnalisation, 459.
 STRECKER (H.). Le nombre probable des infirmes mentaux en Allemagne, 465.
 STREHL. V. Küppers.
 STUHL. V. Puech.
 STUMPFL (F.). V. Hartman.
 SWIERCZEK (S.) et KAISER-SWIERCZEK (Mme S.). La réaction de sédimentation des globules rouges dans les psychoses, 453.
 —. Malaria-thérapie de la paralysie générale, 805.
 SYROTA (M.) et TERAJEWICZ (W.). Teneur en brome du sang dans les psychoses, 453.
 SZEGÖGLY (E.). Transfusion du sang dans la paralysie générale, 807.

T

- TEPPA (Stanislas). Dispensaires pour malades atteints de séquelles d'encéphalite épidémique, traitement par l'atropine à haute dose, 445.
 TERAJEWICZ (W.). V. Syrota.
 TERECHÉVA (A. A.). La méningite tuberculeuse et la grossesse, 149.
 TERRIZZANO (Manuel F.). Paralysie infantile, 603.
 THÉVENARD. V. Léchelle.
 THIENPONT. V. Bauwens.
 —. V. Helsmoortel.
 —. V. Nyssen.
 THIERS. Le phénomène de la flexion des petits orteils, 784.
 THOMAS (André); SORREL et SORREL (Mme). Traitement chirurgical des troubles trophiques dans la poliomyélite antérieure aiguë, 130.
 THOORIS. V. Virel.
 THORN (George W.). V. Hartman.
 THUREL. V. Alajouanine.
 —. Hémispasme facial, 784.
 TINEL (J.) et JACOB (Mlle E.). Crise maniaque-dépressive traitée par les injections intraveineuses de sérum humain, 94.
 —. Coïncidences familiales de démence précoce et de psychose périodique, 396.
 — et BADONNEL (Mlle). Maladie de Schilder ? 424.

- TITEGA (J.). V. Baonville.
 —. V. Dirry.
 —. Abolition précoce de la transmission neuro-musculaire au cours de la dégénérescence wallérienne, 473.
 —. V. Ley (J.).
 TKATCHÉW (R. A.). Narcolepsie à forme héréditaire, 794.
 TOMMASSI (Lodovico). Traitement de la paralysie générale et du tabès par le vaccin antirabique Pasteur, 146.
 TOMMASSON (Helgi). Béri-béri en Islande, 471.
 TOULOUSE (E.). Conflits sociaux et adaptation mentale, 309.
 TOURNAY (Auguste). Sémiologie du sommeil, 577.
 TRAMER (M.). Rôle psychothérapique du placement familial, 312.
 —. Psychiatrie infantile, 586.
 TRELLES (J. O.). V. Lhermitte.
 —. V. Babonneix.
 TROISIER (Jean) et BOQUIEN (Yves). La spirochétose méningée, 583.
 TRUBETZKOY (N.). La phonologie actuelle, 610.
 TYCZKA. V. Mozolowski.

U

- URECHIA (C. I.). Syphilis cérébrale à forme hypocondriaque, 28.
 UTTL (Karel). V. Dosuzkov.
 —. Histologie des centres sous-corticaux, 445.

V

- VADASZ. Crises post-encéphalitiques combinées, 795.
 VAJIK (V.). De l'hypoventilation dans l'épilepsie, 624.
 VALLEJO NAJERA. Traitement d'un cas de paralysie générale juvénile, 806.
 VANELLI (Angello). Confusion mentale récidivante, 464.
 VENDRYES (L.). Les tâches de la linguistique statique, 610.
 VERMEYLEN (G.). Psychiatrie et Médecine, 585.
 —. Troubles psychiques dus à une intoxication lente par l'oxyde de carbone, 592.
 VERSTRAETEN (P.). De l'optimisme en thérapeutique psychiatrique, 272.
 — et Vos (Léon de). Le syndrome de Korsakoff d'origine paludéenne, 463.
 VERAECK (L.). Y a-t-il plus de débiles mentaux en prison que dans la population libre ? 136.

- La notion médico-légale du déséquilibre mental, 626.
- VIÉ (J.) et QUÉRON (P.). Fractures et luxations au cours des crises épileptiques, 386.
- Une terminaison de la xénopathie: la réintégration du délire, 772.
- VIGNES (Henri). Eclampsie, 147.
- VINCENT (Clovis) et BOGAERT (Ludo van). Maladie d'Hallervorden-Spatz, 274.
- et PUECH (P.). Ventriculographie, 786.
- VIRET (J.), ROMAN, BEAUVERIE (J.), ARON (Max), CUÉNOT (L.), COLLIN (R.) MERLE (P.), JACQUIN-CHATELLIER (Mme), THOORIS, CORMAN, GAUTIER (Cl.), MONTCHEUIL (R.-P. de), MONTCHANIN (M. l'abbé). Formes, Vie et Pensée, 579.
- VITEK (Jiri) et SAJDOVA (Véra). Syncinésies et syntonies faciales, 599.
- VOS (L. de) et BOGAERT (Ludo van). Etude anatomo-clinique d'un cas de paralysie générale juvénile, 428.
- V. *Verstraeten*.
- et DIVREY. Diplégie avec opisthotonos. Porencéphalie, 602.
- VOSS (H.). Fréquence des réactions pupillaires normales dans la paralysie générale, 292.

W

- WALL (James H.). V. *Jameison*.
- WECHSLER (I. S.). Etiologie des polynévrites, 606.
- WECHSLER (Z.). La tuberculose dans les asiles d'aliénés et ses rapports avec la schizophrénie, 461.
- WEINBERG (Max H.). Tremblement de la langue dans les tumeurs du 3^e ventricule, 144.

- WEISS (Desider). L'hygiène mentale du langage, 277.
- WENINGER (N.). V. *Hartman*.
- WERTHEIMER (P.), DECHAUME (J.) et FONTAINE. Hémorragie cérébrale et hypertension artérielle expérimentale, 432.
- WERTHEMAN (A.). V. *Ringenbach*.
- WEGGANDT (W.). Stérilisation et castration comme moyens de relèvement de la race, 311.
- WIGERT (Wiktor). Anthropométrie des types physiques de Kretschmer, 588.
- WILKINS (Harry) et SACHS (Ernest). Variations de l'anesthésie cutanée après résection subtotale de la racine postérieure du trijumeau, 472.
- WILMOTH (P.). Les greffes parathyroïdiennes, 151.
- WILSON (Henry L.). Traitement du pensionnaire volontaire à la « Retraite » (York), 313.
- WOHLFAHRT (S.). Les altérations cellulaires rétrogrades dans les lésions de la voie pyramidale, 299.
- WORTHING (H. I.). Diathermothérapie de la paralysie générale, 806.
- WORTIS (S. Bernard) et KLENKE (Dorothy). Convulsions expérimentales consécutives aux lésions du tuber cinereum, 616.
- WULFF (Ferd.). V. *Andersen*.
- WYRSCH (I.). La schizophrénie chez les épileptiques, 462.

Z

- ZAND (Mme Nathalie). Etude expérimentale sur les olives bulbaires, 617.
- ZAPPERT (I.). L'épilepsie dans l'enfance, 296.
- ZEINER-HENRIKSEN (K.). La migraine traitée par l'extrait hypophysaire, 807.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA MIMIQUE FRONTO-ORBITAIRE

PAR

J. ROGUES DE FURSAC et GEORGES D'HEUCQUEVILLE



La psychiatrie n'a certainement jamais été indifférente à l'étude de la mimique faciale. D'instinct, les psychiatres de tous les temps se sont attachés à noter les expressions physiologiques de leurs malades et à dégager de leurs observations des données utilisables pour le diagnostic et le pronostic. On peut dire qu'Esquirol n'apprenait rien à personne, quand il recommandait l'étude de la mimique, pour « démêler le caractère des idées et des affections qui entretiennent le délire des malades ».

De nos jours, les altérations de la mimique dans les états psychopathiques sont mentionnées dans tous les ouvrages classiques. Une observation n'apparaîtrait pas complète si l'on n'y trouvait : « mimique normale », « hypermimie », « hypomimie », « paramimie », « mimique dissociée », ou tout autre mention indiquant que l'auteur s'est préoccupé du fonctionnement de la mimique chez son malade.

Néanmoins, ce vaste territoire de la mimique pathologique n'est encore que fort mal exploré. On n'en aperçoit guère que les contours. De-ci de-là quelque point particulièrement saillant

ou pittoresque a été noté. C'est ainsi que les déformations de la bouche (moue, groin, etc...), les anomalies du rire (rire incomplet par non participation des orbiculaires inférieurs) ont été assez bien étudiées. Par contre, la plus grande partie de la mimique pathologique est encore *terra incognita*. Les termes même dont on se sert pour en décrire les manifestations n'ont qu'un sens général. S'ils suffisent pour désigner clairement les modifications d'ensemble en plus ou en moins (hypomimie, hypermimie), ils restent vagues quand il s'agit de troubles plus complexes et qui demandent à être analysés (mimique dissociée, paramimie). Il n'est pas douteux que plus d'un étudiant — peut-être plus d'un maître — serait un peu embarrassé, si, après avoir écrit : « paramimie » ou « mimique dissociée », il était invité à préciser en quoi la mimique du malade est paradoxale ou en quoi elle cesse d'être cohérente, cela faute de connaître les éléments mêmes de la mimique normale et pathologique, c'est-à-dire les synergies musculaires qui réalisent l'expression normale et les perturbations qu'elles sont susceptibles de subir (1).

Nous ne prétendons pas combler toutes les lacunes qui existent dans nos connaissances relatives à la mimique pathologique. Notre ambition est beaucoup plus modeste et la tâche que nous nous sommes assignée beaucoup plus restreinte.

Notre sujet est en effet très limité : limité à la mimique affective et spontanée — nous laissons de côté la mimique langage, faite de mouvements volontaires et conventionnels ; limité, dans la mimique affective et spontanée, aux manifestations faciales ; limité enfin, dans la mimique faciale, au territoire fronto-orbitaire. — C'est donc de la mimique fronto-orbitaire qu'il sera question ici.

Le territoire fronto-orbitaire comprend quatre muscles : le frontal, l'orbiculaire des paupières, le sourcilier et le pyramidal. Il offre, au point de vue de l'étude, plusieurs particularités avantageuses.

Premier avantage : il occupe un espace bien délimité et de

(1) Ce travail était rédigé quand a paru le troisième volume du « Nouveau Traité de Psychologie » (Paris, Librairie Félix Alcan, 1933), où se trouve, sous la signature de G. Dumas, à la partie consacrée à « l'expression des émotions », une étude, très intéressante et aussi complète que le permet l'état actuel de la science, de l'expression des émotions par la musculature de la face, c'est-à-dire de la mimique affective faciale, au sens que nous donnons à ce terme. La lecture en sera profitable à tous ceux qui voudront se préparer, par une connaissance suffisante de la mimique affective normale, à l'étude de la mimique pathologique.

peu d'étendue : le front, le pourtour de l'orbite et la racine du nez, ce qui permet de l'embrasser d'un seul coup d'œil, par conséquent de l'observer facilement et exactement dans son ensemble.

Deuxième avantage : les muscles qu'il comprend jouent dans le fonctionnement de la mimique un rôle de tout premier ordre.

Leur dignité éminente, dans la hiérarchie des muscles de la mimique, a été proclamée par Duchenne de Boulogne qui les désigne sous le nom de « muscles complètement expressifs », indiquant par là qu'il considère chacun d'eux comme se suffisant en quelque sorte à lui-même et pouvant, sans l'aide d'aucun autre muscle, produire une expression complète. « Il est démontré par les faits exposés précédemment, écrit-il, qu'il existe une sorte de hiérarchie pour les muscles expressifs de la face humaine, c'est-à-dire que ceux-ci n'ont pas tous le même degré d'importance dans le jeu de la physionomie.

« On peut, en effet, ranger dans un premier ordre les muscles qui en se contractant partiellement, possèdent le privilège d'exprimer, de la manière la plus complète, des passions ou des états divers de l'esprit (1). » Et les muscles que Duchenne de Boulogne a en vue ici sont précisément le frontal, l'orbiculaire des paupières, le sourcilier et le pyramidal, soit les quatre muscles fronto-orbitaires.

Il y a dans cette opinion du grand neurologiste une exagération certaine. Quand, par exemple, il appelle le sourcilier le « muscle de la douleur », entendant par là que, à lui seul, il peut exprimer la douleur, il va trop loin. La contraction isolée du sourcilier ne suffit pas à exprimer la douleur. Il lui faut la collaboration d'autres muscles, en première ligne, comme nous le verrons plus loin, celle du triangulaire des lèvres qui abaisse les commissures buccales (fig. 2 et 3). Mais, si ces muscles ne sont pas aussi spécifiques que le croyait Duchenne de Boulogne, ils n'en conservent pas moins une énorme importance, car il n'y a guère — probablement il n'y a pas — d'expression mimique humaine qui puisse absolument se passer de leur concours.

Troisième avantage : les muscles fronto-orbitaires jouissent d'une indépendance psycho-physiologique remarquable. Nous citons encore Duchenne de Boulogne.

« Les moteurs du sourcil, écrit-il, sont de tous les muscles expressifs, ceux qui obéissent le moins à la volonté ; en général l'émotion de l'âme seule a le pouvoir de les mettre partiellement en mouvement » (2).

(1) *Mécanisme de la physionomie humaine*, 1^{re} partie, p. 41.

(2) Ouvr. cité, 2^e partie, p. 8.

Cette remarque est profondément vraie, non que les muscles en question soient complètement indépendants de la volonté, puisque, grâce à l'éducation et à l'exercice, on peut soit les contracter volontairement, en dehors de tout état affectif (acteurs, orateurs, et, d'une façon générale, tous ceux qui, par profession ou par intérêt, sont amenés à simuler des sentiments qu'ils n'éprouvent pas en fait) (1), soit inhiber leurs contractions, ce qui est la condition primordiale d'une parfaite maîtrise de soi. Mais, d'une façon générale, non seulement chez le primitif et chez l'enfant qui s'extériorisent sans réserve, mais même chez l'adulte civilisé qui se domine plus ou moins, dans beaucoup de circonstances leur contraction échappe à la volonté, souvent même à la conscience. L'exemple suivant ne laisse aucun doute à cet égard. Le relèvement des sourcils réalise, comme nous le verrons, une mimique qui accompagne fréquemment la parole. Chez beaucoup de personnes, il se produit, avec une régularité quasi-fatale, au début de la réaction verbale, c'est-à-dire qu'il intervient dès les premiers mots, parfois pour se répéter tout le long du discours d'une façon plus ou moins fréquente. L'un de nous causait de ce phénomène avec un professeur de philosophie, agrégé de l'Université, psychologue, connu par des travaux d'un haut intérêt. Celui-ci l'ignorait et parut étonné. Or, il le présente lui-même d'une façon remarquablement nette. Chaque fois qu'il commence à parler, il relève les sourcils d'une façon très apparente — et il ne s'en était jamais douté jusqu'au jour où on le lui a fait remarquer devant une glace.

Cette indépendance des muscles fronto-orbitaires est telle que leur action peut trahir des états affectifs que le sujet cherche à dissimuler soit par convenance, soit par prudence, et éventuellement démentir les sentiments exprimés par la parole. On sait tout ce que signifie un froncement léger des sourcils qui accompagne un souhait de bienvenue.

Enfin, dans l'ensemble de troubles qui constituent la mimique pathologique, les altérations de la mimique fronto-orbitaire tiennent une place de premier ordre par leur précocité, leur fréquence et leur netteté, ce qui leur donne, du point de vue clinique, une grande importance.

Observation facile, importance mimique considérable, indépendance relative vis-à-vis de la volonté, pathologie hautement

(1) La mimique affective se transforme alors en mimique langage. Il nous paraît d'ailleurs infiniment probable que, en créant la mimique langage, l'homme n'a fait que reproduire intentionnellement les éléments de la mimique affective accessibles à sa volonté.

intéressante, tels sont les avantages qui nous ont déterminés à prendre ces quatre muscles : frontal, orbiculaire, sourcilier, pyramidal, pour objet de notre étude, et qui — nous l'espérons du moins — légitimeront notre choix.

Dans un premier travail, après avoir rappelé quelques données relatives à l'anatomie et à la physiologie des muscles fronto-orbitaires, nous étudierons le rôle de ces muscles dans quelques-unes des principales expressions de la mimique normale. Dans un second travail, nous examinerons leurs anomalies fonctionnelles, nous efforçant d'une part d'en définir le mécanisme et d'en établir la signification, d'autre part d'en dégager des éléments pour le diagnostic et le pronostic des affections mentales (1).

LA MUSCULATURE FRONTO-ORBITAIRE A L'ETAT NORMAL

A. QUELQUES DONNÉES RELATIVES A L'ANATOMIE

ET A LA PHYSIOLOGIE DES MUSCLES FRONTO-ORBITAIRES

Anatomie. — Les quatre muscles qui constituent le groupe fronto-orbitaire, tel que nous l'avons défini, appartiennent au système des muscles peauciers de la face.

Au point de vue phylogénétique, les peauciers de la face sont des muscles d'apparition récente. Pour Testut, on ne les rencontre que chez les mammifères. Vogt et Yung (2) admettent qu'ils existent chez les vertébrés inférieurs, mais à l'état de traces seulement, « tandis qu'ils atteignent un haut degré de développement chez les Primates et chez l'homme autour des oreilles, du nez et des yeux, ainsi qu'aux tempes et au front ».

Gegenbauer les fait dériver du muscle peaucier du cou ou platysma et il appelle ce dernier « le père des muscles de la face » (3). Ruge a repris la question en 1887, dans une importante monographie, et arrive à la même conclusion (4).

Au point de vue ontogénétique, c'est seulement au troisième

(1) L'ensemble de cette étude a pour base un mémoire que l'un de nous a remis en 1930 au Comité de l'Hébéphrénie (J. Rogues de Fursac, Contribution à l'étude de la mimique fronto-périorbitaire et de ses altérations dans quelques états psychopathiques, plus particulièrement dans les états schizophréniques. Intérêt des altérations de la mimique fronto-périorbitaire pour le diagnostic précoce de la schizophrénie). — Au lieu de « fronto-périorbitaire », nous écrirons ici, par simplification, « fronto-orbitaire ».

(2) *Traité d'Anatomie comparée.*

(3) *Traité d'Anatomie humaine.*

(4) RUGE. — *Untersuchungen über die Gesichtsmuskulatur der Primaten.*

mois de l'évolution de l'embryon que se constitue le peaucier du cou, puis en avant de lui, comme son prolongement, le système des peauciers de la face. Tous ces muscles dérivent de la couche superficielle du blastème de l'arc hyoïdien, alors que la couche profonde a déjà donné naissance aux muscles styliens.

L'anatomie comparée et l'embryologie sont ainsi d'accord pour établir que les muscles de la face sont des tard venus dans l'évolution, ce qui est logique : destinés à traduire des processus cérébraux complexes, leur apparition et leur développement sont fonction du développement cérébral.

Tandis que les fibres musculaires, au niveau du peaucier du cou, sont longitudinales et disposées en un système relativement simple, elles s'organisent, au niveau de la face, en sphincters qui entourent les orifices naturels : fentes palpébrales, bouche, narines et oreilles. De nombreuses anastomoses, jetées entre les anneaux sphinctériens, compliquent secondairement cette disposition et atténuent ce qu'elle a de schématique.

Il nous paraît inutile de décrire l'anatomie de chacun des muscles peauciers de la région fronto-orbitaire. On la trouvera parfaitement exposée dans les ouvrages classiques d'anatomie (1). Il nous suffira de rappeler certaines données qui ont une importance particulière pour l'étude de leur fonction mimique.

Le frontal est composé de deux faisceaux, l'un interne, l'autre externe. Nous verrons que cette dualité relative présente un intérêt physiologique et pathologique.

Les fibres de l'orbiculaire des paupières sont réparties en deux anneaux concentriques, l'un central ou palpébral, l'autre périphérique ou orbitaire.

L'orbiculaire orbitaire se divise lui-même en une moitié supérieure (orbiculaire orbitaire supérieur, plus simplement orbitaire supérieur) et une moitié inférieure (orbiculaire orbitaire inférieur, plus simplement orbitaire inférieur). L'orbiculaire palpébral, l'orbitaire supérieur et l'orbitaire inférieur peuvent agir chacun d'une façon indépendante et dans des mimiques différentes.

Anatomiquement, le sourcilier apparaît comme un faisceau de l'orbitaire supérieur. « Du point de vue anatomique, écrit Gegenbauer, le sourcilier peut être considéré comme une portion détachée de l'orbiculaire. » Au point de vue phylogénétique,

(1) V. en particulier Poirier, *Anatomie humaine*, t. II. Muscles peauciers du cou et de la tête, par A. CHARPY.

c'est un muscle d'apparition très récente, un des derniers venus des muscles peauciers de la face. En dehors de l'homme, il n'existe que chez les primates (orang, chimpanzé) et à l'état rudimentaire seulement. Il n'est nettement différencié que chez l'homme. Comme il arrive pour les organes d'apparition récente en général, son développement est variable et son individualisation précaire. Son volume est parfois très réduit et il se confond souvent plus ou moins avec l'orbiculaire dont il est né. Testut écrit « qu'il n'est pas rare de voir l'orbiculaire se fusionner assez intimement avec le sourcilier pour qu'il soit impossible de les séparer », et il ajoute qu'il est très probable « que les cas d'absence de ce muscle se rapportent à sa réunion avec l'orbiculaire des paupières » (1). Physiologiquement, il n'acquiert toute l'amplitude de sa fonction que dans les races supérieures. Les nègres, d'après Darwin, sont incapables de le, contracter volontairement. Nous verrons plus loin qu'au point de vue mimique, il répond aux fonctions les plus élevées du psychisme (l'attention interne ou réfléchie, la douleur morale).

Ce petit muscle, insignifiant par son volume, est donc un organe spécifiquement humain et apparaît comme une des caractéristiques essentielles de l'homme.

En ce qui concerne le pyramidal, rappelons seulement que la physiologie, par les expériences de Duchenne de Boulogne, a établi d'une façon incontestable son individualité et fait définitivement justice de l'erreur de beaucoup d'anatomistes qui le considéraient comme appartenant à la portion interne du frontal et se refusaient à le décrire comme un muscle à part. Il se confond en effet si peu avec le frontal qu'il lui est directement antagoniste. L'embryogénie et l'anatomie comparée ont d'ailleurs montré « que le pyramidal dérivait par différenciation du muscle releveur commun de la lèvre supérieure et du nez et non pas du frontal » (Charpy) (2).

Les quatre muscles peauciers fronto-orbitaires sont innervés par le facial supérieur. Là encore, nous croyons inutile de nous livrer à des considérations anatomiques étendues. Nous retiendrons seulement deux faits intéressants pour notre étude : le premier que le noyau d'origine de ce nerf est situé, d'après Marinesco et van Gehuchten, dans la partie dorsale du noyau de la 3^e paire, ce qui le rend voisin du noyau de la glande lacrymale dont la sécrétion est une manifestation des émotions ; le

(1) *Traité d'anatomie*, t. I.

(2) POIRIER. — *Traité d'anatomie*, t. II.

second que, d'après Lhermitte, il a des connexions étroites et importantes avec les noyaux gris centraux, c'est-à-dire avec le centre cérébral des émotions, ce qui cadre avec le rôle essentiel joué dans l'expression des émotions par les muscles qu'il innerve.

Action mécanique des muscles fronto-orbitaires. — Nous examinerons successivement l'action de chacun des quatre muscles fronto-orbitaires, nous limitant aux faits indispensables pour comprendre leur fonction mimique.

Le frontal relève les sourcils. C'est là son rôle essentiel, perceptible tout le long de la vie humaine. Comme corollaire, ce relèvement des sourcils entraîne le plissement horizontal de la peau du front. Ce plissement, par sa répétition, est à l'origine des rides permanentes de même direction qui apparaissent à un certain âge et s'accroissent avec les années. Le plissement du front est nul chez le jeune enfant — en raison de l'élasticité de la peau à cet âge — et ne commence à se montrer nettement qu'à l'adolescence.

Ainsi qu'il a été dit plus haut, le frontal est composé d'un faisceau médian et d'un faisceau latéral. Habituellement, les deux faisceaux se contractent ensemble. Ils peuvent aussi, dans certaines conditions, soit physiologiques, soit pathologiques (1), dont nous parlerons, se contracter séparément.

Quand l'orbiculaire se contracte dans son ensemble (orbiculaire palpébral et orbiculaire orbitaire), il exerce sur la fente palpébrale une action de sphincter, c'est-à-dire qu'il en détermine l'occlusion.

L'orbiculaire palpébral se contracte seul dans l'occlusion modérée des paupières, soit volontaire, soit involontaire (sommeil et clignement). Il agit alors par sa simple tonicité, après relâchement du releveur de la paupière supérieure qui est son antagoniste et dont la contraction annule son action tonique. L'orbiculaire orbitaire intervient dans l'occlusion énergique, soit réflexe (lumière aveuglante, irritation de la conjonctive ou de la cornée), soit volontaire (accommodation des myopes).

Quand l'orbiculaire-orbitaire se contracte dans sa moitié supérieure (orbitaire supérieur) seulement, il abaisse le sourcil, tend à ramener sa courbe à la ligne droite et l'attire en dedans. Quand c'est au contraire la portion inférieure (orbitaire inférieur) qui

(1) Cf. G. D'HEUCQUEVILLE et B. NÉOUSSIKINE. — Valeur sémiologique des mouvements anormaux de la queue du sourcil. (*Ann. méd.-psych.*, novembre 1931).

se contracte seule, la paupière inférieure se plisse (fig. 1). Duchenne de Boulogne décrit ainsi ce plissement : « On remarque, écrit-il, dans la fig. 32 (figure où il représente le rire naturel), qu'il s'est formé, à 4 millimètres du bord libre des paupières inférieures, une dépression transversale, à concavité supérieure, et qu'au dessus de cette dépression la peau de la paupière est légèrement gonflée et fait relief, tandis qu'au dessous de lui elle est tendue (1). »

La contraction de l'orbiculaire orbitaire entraîne chez l'adulte, à la région temporo-malaire, la formation de plis rayonnants,



FIG. 1. — (Empruntée à Darwin. L'expression des émotions chez l'homme et les animaux).

disposés en éventail, qui par leur répétition creusent le système de rides connu sous le nom de patte d'oie.

Le sourcilier, dont les fibres ont une direction oblique de dehors en dedans et de haut en bas, attire le sourcil en bas et en dedans, fronce son extrémité interne (tête du sourcil) et quand la contraction est suffisamment énergique, plisse la région intersourcilière, créant à la longue des rides verticales comparables aux rides horizontales du front dont nous avons parlé à propos du frontal. Comme le plissement horizontal du front, le plissement intersourcilier manque chez le jeune enfant et ne devient sensible que chez l'adolescent.

Le pyramidal attire la peau du front en bas et plisse transversalement la racine du nez. Ce pli transversal, extrêmement net chez certains individus, est beaucoup moins marqué chez d'autres, et chez d'autres encore à peine perceptible. Ces diffé-

(1) Ouvr. cité, 2^e partie, p. 62.

rences sont vraisemblablement dues à des variations dans le volume du muscle. Le pyramidal passe pour être de tous les muscles de la face, celui qui obéit le moins à la volonté. C'est un fait qu'il y a pas mal de personnes qui n'arrivent que très difficilement ou qui n'arrivent pas du tout à le contracter sur ordre.

Parmi les muscles qui constituent l'appareil fronto-orbitaire, il existe des synergies et des antagonismes.

Le sourcilier et l'orbitaire supérieur sont synergiques, en ce sens qu'ils attirent l'un et l'autre le sourcil en bas et en dedans.

Le pyramidal qui abaisse la peau du front est antagoniste du frontal qui la relève.

Le frontal qui relève le sourcil est partiellement antagoniste de l'orbiculaire supérieur qui l'abaisse.

Il est, au même titre, antagoniste du sourcilier, partiellement aussi. En effet, il ne saurait y avoir antagonisme complet entre deux muscles que si leurs fibres se contractent en sens contraire et suivant la même ligne droite. Dans ce cas, l'un des deux — le plus puissant — l'emportera sur l'autre ; la résultante de l'action des deux forces opposées sera le mouvement — affaibli — produit par le plus puissant, et, au point de vue mimique, l'expression — affaiblie également — qu'il détermine normalement. Si, par exemple, le frontal (faisceau médian) et le pyramidal se contractent simultanément, le frontal étant de beaucoup le plus puissant, la peau de la racine du nez sera tirée en haut, moins énergiquement que si le frontal agissait seul, en raison de l'action frénatrice exercée par le pyramidal.

Quand le frontal et le sourcilier se contractent ensemble, le frontal est encore le plus puissant et c'est son action qui doit déterminer la direction du mouvement : la résultante de l'intervention des deux muscles sera un relèvement atténué du sourcil. Mais ce ne sera pas tout. Les fibres respectives des deux muscles ne sont pas en effet dirigées suivant la même ligne droite. Leur antagonisme n'est que relatif et la résultante de leur action combinée sera double.

Les fibres de la portion interne du frontal — la seule qui soit en jeu ici — sont verticales et attirent la peau du front en haut. Celles du sourcilier sont obliques de haut en bas et de dehors en dedans et elles attirent la peau en bas et en dedans. Leur action est donc à la fois verticale de haut en bas et horizontale de dehors en dedans.

Le frontal, même limité à sa portion interne, étant, ainsi qu'il

vient d'être dit, plus puissant que le sourcilier, anihile l'action verticale de celui-ci et tire l'extrémité interne du sourcil en haut. Mais il laisse persister l'action horizontale du sourcilier qui tire la tête du sourcil en dedans, ce qui permet au froncement du sourcil et au plissement intersourcilier de se produire.

Le résultat de cette synergie est donc, essentiellement, d'une part le froncement de la tête du sourcil et son rapprochement de la ligne médiane (action du sourcilier), d'autre part, le relèvement de la tête du sourcil (action du faisceau interne du frontal), de telle sorte que l'ensemble du sourcil prend une forme plus ou moins rectiligne et une position oblique de haut en bas et de dedans en dehors (1) ; secondairement, la formation d'un système de plis fronto-intersourciliers (fig. 2 et 3), les uns (les plis frontaux) horizontaux, les autres (les plis intersourciliers) verticaux. Duchenne de Boulogne et surtout Darwin ont insisté sur cet ensemble (relèvement et froncement de la tête du sourcil, obliquité du sourcil, association de plis frontaux horizontaux et intersourciliers verticaux) qui réalise une des expressions mimiques de la tristesse et de la douleur. Nous y reviendrons (2).

Caractères particuliers de la contraction musculaire dans la musculature fronto-orbitaire. — Les contractions des frontaux, des sourciliers et des pyramidaux sont toujours symétriques : les deux muscles homonymes se contractent en même temps, pendant une durée égale (synchronisme), et avec une intensité approximativement égale. Le synchronisme, autant que la simple inspection permet d'en juger, à l'état normal, est absolu : même instant d'apparition de la contraction, même durée. L'égalité d'intensité n'est, au contraire, que relative : quand la contraction est forte ou faible d'un côté, elle est forte ou faible de l'autre, mais il est fréquent, on peut même dire habituel, que l'intensité

(1) A cette modification de la forme et de la direction du sourcil, contribue également l'action de l'orbitaire supérieur qui tend à aplatir la courbe du sourcil.

(2) Le mécanisme que nous venons d'exposer, pour expliquer la formation de cet aspect très spécial de la région fronto-orbitaire, plus particulièrement l'obliquité du sourcil, est celui qui a été admis par Darwin (L'expression des émotions, p. 191 et suiv.) et plus récemment par Charpy (POIRIER : *Traité d'anatomie humaine*, t. II) et G. Dumas (ouvr. cité). — Duchenne de Boulogne faisait intervenir le sourcilier seul, qui plisserait et relèverait la tête du sourcil en même temps, ce qui est difficilement admissible, étant données les insertions de ce muscle et la direction de ses fibres. Darwin écrit : « Il m'est impossible de comprendre, d'après les dessins de Henle, comment le corrugator (sourcilier) peut agir de la manière indiquée par M. Duchenne. » (Ouvr. cité, p. 193, note). Nous ne comprenons pas davantage comment un muscle dont l'insertion fixe et osseuse est en bas et l'insertion mobile et cutanée en haut pourrait tirer la peau vers le haut.

de la contraction prédomine d'un côté. C'est là une manifestation de la dyssymétrie normale de l'organisme : on sait, en effet,



FIG. 2

que, en règle générale, il n'y a pas identité de volume, de forme, ni de puissance, entre deux organes symétriques (1).

(1) D'après Charpy (ouvr. cité), la dyssymétrie serait même particulièrement accusée à la musculature faciale. Après avoir rappelé les expressions de la physionomie « essentiellement humaines », telles que le rire, le pleurer, etc., il écrit : « L'homme se distingue aussi par la fréquence considérable de ses anomalies ou de ses simples variétés, et l'asymétrie de la musculature faciale, droite et gauche, qui rappelle celle des deux moitiés du cerveau. »

La symétrie d'action pour les trois muscles en question (frontaux, sourciliers, pyramidaux), se manifeste dans la contraction volontaire, aussi bien que dans la contraction involontaire.

L'orbiculaire fait bande à part. La contraction synchrone et



FIG. 3

d'intensité sensiblement égale des deux muscles homonymes reste, pour lui comme pour les trois autres muscles, la loi pour les mouvements mimiques spontanés. Mais la plupart des sujets peuvent contracter volontairement l'orbiculaire d'un seul côté, par exemple dans l'acte de viser.

Les quatre muscles fronto-orbitaires offrent un caractère qui leur est commun à tous, mais qui est peut-être plus marqué — qui est en tout cas plus apparent — au frontal et

au sourcilier : quand la contraction se prolonge, elle devient le plus souvent irrégulière, une série de contractions et de relâchements secondaires, variables de fréquence et d'intensité, se superposant à la contraction fondamentale. Suffisamment rapprochées, ces contractions secondaires réalisent une sorte de trémulation qui est physiologique dans les états affectifs intenses, dans la fatigue occasionnée par l'effort et dans le pleurer, où elle précède et accompagne les larmes. Nous verrons que, survenant en dehors de toute fatigue et de tout état affectif apparent, cette trémulation prend une signification pathologique.

Chronaxie des muscles fronto-orbitaires. — C'est grâce à l'excitation électrique méthodique, opérant une véritable dissection physiologique, que Duchenne de Boulogne put dresser son célèbre « tableau des expressions de la face ». Il lui revient l'honneur d'avoir fixé, après des tâtonnements patients, l'emplacement exact des points moteurs des principaux nerfs et muscles.

Du point de vue strictement physiologique, il nous faut rappeler, à propos des points moteurs, une notion qui se montrera, selon toute vraisemblance, féconde pour interpréter les synergies musculaires, la notion de chronaxie. On sait que la chronaxie d'un muscle (ou d'un faisceau musculaire) est le temps minimum durant lequel doit agir, pour exciter ce muscle, un courant d'intensité double de la rhéobase (seuil du courant d'excitation). La chronaxie permet de classer les muscles striés en deux grands groupes : les muscles à longue chronaxie (de 0,44 à 0,72 millièmes de seconde) et les muscles à courte chronaxie (de 0,16 à 0,36 millièmes de seconde). Les extenseurs des membres appartiennent à la première catégorie, les fléchisseurs à la seconde.

Bourguignon a établi : 1° que les extenseurs (1^{er} groupe) sont doués d'un point moteur accessoire, ignoré de Duchenne et d'Erb ; 2° que ce point moteur accessoire à la même constante chronaxie que le point moteur des fléchisseurs.

Pour les muscles fronto-orbitaires, Bourguignon, Tupa et Humbert ont trouvé les chronaxies suivantes (1) :

<i>Frontal</i> : point moteur supérieur (latéral)	0,50
— point moteur inférieur (médian)	0,25

(1) Cf. l'article de BOURGUIGNON (La chronaxie) dans le *Traité de physiologie* (tome VIII) de ROGER-WIDAL (Masson, Edit.).

<i>Sourcilier</i>	0,25
<i>Pyramidal</i>	0,10
<i>Orbiculaire orbitaire</i> (points supérieur et inférieur)	0,50
<i>Orbiculaire palpébral</i>	0,25

Pour Bourguignon et ses élèves, les muscles de la face se répartissent ainsi au point de vue de la chronaxie :

Tous les muscles innervés par le facial supérieur ont une grande chronaxie (et une double chronaxie), à l'exception du *Sourcilier* et du *Pyramidal*. Tous les muscles innervés par le facial inférieur et, en outre, le sourcilier et le pyramidal, ont une petite chronaxie (seule). Prenant ensuite la question par son côté physiologique, Bourguignon établit que tous les releveurs des traits ont une grande chronaxie, tous les abaisseurs une petite, ce qui explique que le sourcilier et le pyramidal, qui sont des abaisseurs, aient une petite chronaxie, bien qu'innervés par le facial supérieur. Or, les releveurs des traits expriment la joie et les abaisseurs la tristesse. On peut donc poser le principe que les muscles de la face se divisent du point de vue chronaxique en deux groupes : les muscles de la joie (chronaxie double, grande et petite), les muscles de la tristesse (chronaxie unique, petite chronaxie). — On se trouve ici en présence de notions nouvelles, trop nouvelles pour qu'on puisse en apprécier exactement la portée, mais qui semblent bien riches de promesses pour la psycho-physiologie de la mimique.

B. FONCTION MIMIQUE DES MUSCLES FRONTO-ORBITAIRES

On a vu plus haut que Duchenne de Boulogne considère les quatre muscles peauciers qui constituent le groupe fronto-orbitaire comme « complètement expressifs », chacun étant capable, par lui-même et à lui seul, d'exprimer une émotion définie. On a vu aussi que nous n'acceptons pas cette manière de voir, d'ailleurs contestée déjà depuis longtemps, en particulier par Charpy. Ce qui va suivre montrera qu'en effet, si chacun de ces muscles est susceptible de jouer dans une mimique déterminée (par exemple le sourcilier dans la mimique de la douleur), un rôle nécessaire et de premier plan, l'expression n'est obtenue complète et nettement caractérisée que grâce à des synergies plus ou moins nombreuses, souvent fort complexes. Autrement dit, les expressions mimiques fronto-orbitaires sont la résultante de synergies, soit de synergies entre muscles du même groupe (groupe fronto-orbitaire), soit de synergies avec

d'autres muscles de la face — éventuellement avec des muscles d'une autre partie du corps (1).

Cette réserve faite, examinons le rôle mimique de chacun des quatre muscles en question.

Nous ne passerons pas en revue toutes les expressions de la face où interviennent un ou plusieurs des muscles fronto-orbitaires. Ce serait faire l'étude intégrale de la mimique faciale, car, nous l'avons dit, il est probable qu'aucune expression de la face ne peut se passer complètement de leur concours. Nous décrirons seulement, à propos de chacun des quatre muscles, quelques-unes des expressions les mieux caractérisées et les plus importantes à connaître pour l'étude des maladies mentales.

Frontal. — Le relèvement du sourcil qui résulte de la contraction du frontal (faisceau interne et faisceau externe) caractérise la mimique de l'esprit mis en éveil, de l'esprit sollicité par une excitation, soit — le plus souvent et de beaucoup — par une excitation d'origine externe (une interpellation, une question ou tout autre perception extérieure), soit — mais beaucoup plus rarement — par une excitation d'origine interne (souvenir, cette mimique). Au degré le plus léger, le frontal suffit à réaliser cet état de conscience. Mais, dès qu'elle revêt une certaine intensité ou quand elle prend un caractère spécifique (étonnement, frayeur, etc...), d'autres muscles entrent en action.

Dans l'étonnement la fente palpébrale s'agrandit. Ce phénomène résulte d'une action complexe où interviennent un élément négatif, le relâchement de l'orbiculaire palpébral, et un double élément positif, la contraction du releveur de la paupière supérieure et la contraction du frontal. En même temps la bouche s'ouvre plus ou moins largement, grâce au relâchement des releveurs de la mâchoire supérieure et à la contraction des abaisseurs (digastrique, mylo-hyoïdien, génio-hyoïdien, peaucier dans une faible mesure et, indirectement, tous les muscles de la région sous-hyoïdienne), qui ouvrent plus ou moins largement la bouche. Au total, la mimique de l'étonnement comporte trois éléments : 1° le relèvement des sourcils ; 2° l'agrandissement de la fente palpébrale ; 3° l'ouverture de la bouche.

Suivant les synergies qui viennent compliquer cette triade, l'étonnement prend la forme pénible ou la forme euphorique, avec les degrés et les nuances que comportent ces émotions.

(1) G. Dumas a bien montré (ouvr. cité), en particulier à propos du sourire, la complexité parfois extrême des synergies musculaires qui produisent les expressions de la face.

Dans l'étonnement pénible et dans la frayeur, à l'abaissement de la mâchoire inférieure qui ouvre la bouche, s'associe l'action du triangulaire des lèvres qui tire la commissure des lèvres en bas et en dehors. Le triangulaire des lèvres est essentiellement le muscle de l'émotion pénible. Nous reparlerons de lui à propos des autres formes de cette émotion (tristesse, douleur, mécontentement, colère et dégoût).

L'expression de frayeur a été considérée par Duchenne de Boulogne comme liée nécessairement à l'action du peaucier du cou qu'il a appelé le muscle de la frayeur. En réalité, le peaucier ne mérite pas ce nom. Tout d'abord, ainsi que Duchenne le reconnaît lui-même, son action isolée est inexpressive et n'exprime ni la frayeur ni aucune émotion. Ensuite, l'expression de frayeur peut être obtenue sans qu'il intervienne et par la seule exagération des quatre éléments dont l'association réalise la mimique de l'étonnement pénible, plus particulièrement de l'ouverture des fentes palpébrales et de la déviation en bas et en dehors des commissures buccales. Sur une face qui exprime l'étonnement pénible agrandissez encore la fente palpébrale et tirez encore en bas et en arrière la commissure buccale, et vous verrez à coup sûr apparaître la frayeur (1). Néanmoins, le peaucier a ici son rôle et ce rôle est important. Il consiste à grossir l'expression de frayeur et à la transformer en expression de terreur, ce qui est réalisé : 1° par l'action du peaucier sur la commissure buccale qui se surajoute à celle du triangulaire des lèvres et accentue encore la déviation en bas et en dehors ; 2° par la traction qu'il exerce dans le même sens sur l'ensemble des traits, les attirant également en bas et en dehors ; 3° par le plissement transversal et le soulèvement longitudinal que la contraction de ses fibres produit sur la peau du cou, plus particulièrement à la région sus-hyoïdienne. La fig. 61 du livre de Duchenne exprime la terreur d'une façon saisissante et montre avec beaucoup de netteté l'action du peaucier. Si donc l'on tient à donner un nom à ce muscle, c'est muscle de la terreur qu'il faut l'appeler.

A la mimique purement faciale, ou cervico-faciale, que nous venons de décrire, peuvent s'ajouter, pour exprimer la frayeur, éventuellement la terreur, des mouvements du tronc et des

(1) En ce qui concerne l'élargissement de la fente palpébrale, qui est peut-être l'élément le plus important en l'espèce, on peut dire que l'expression de frayeur se produit fatalement, quand le bord de la paupière supérieure s'élève suffisamment au-dessus du bord de l'iris pour faire apparaître le blanc de l'œil.

membres supérieurs : rejet de la tête et du buste en arrière, comme pour fuir l'objet qui cause l'émotion, projection des mains en avant comme pour le repousser. Dans la terreur maxima (épouvante), il y a souvent immobilité complète du tronc et des membres et toute l'émotion se peint sur la face.

Dans l'étonnement agréable, les éléments mimiques qui expriment la satisfaction viennent s'ajouter à la triade caractéristique de l'étonnement. Ce sont le plissement de la paupière inférieure par l'action de l'orbitaire inférieur et le relèvement des commissures buccales par l'action du grand zygomatique, qui sont les deux composantes essentielles du sourire (v. p. 21). Autrement dit, la mimique de la surprise agréable est constituée par un sourire se superposant à l'étonnement. L'accentuation de ces deux éléments, sourire et étonnement, plus particulièrement de ce dernier (accentuation du relèvement des sourcils, de l'ouverture de la bouche et des fentes palpébrales) transforment la surprise agréable en admiration. Dans le ravissement la mimique est sensiblement la même, c'est-à-dire la mimique d'admiration maxima. Il s'y ajoute parfois la rotation en haut du globe oculaire — c'est du moins un des éléments mimiques de l'extase religieuse qui est le type du ravissement.

Les mimiques que nous venons de décrire comme exprimant l'étonnement et les émotions qui en dérivent sont universelles. Elles existent dans tous les milieux sociaux, dans toutes les races, chez tous les individus, et autant que la littérature et l'art permettent de s'en rendre compte, elles sont de tous les temps. Elles représentent bien réellement des manifestations physiologiques. Néanmoins, elles sont susceptibles de variantes. Nous n'en indiquerons qu'une, la moins rare et une des plus curieuses. L'ouverture de la bouche qui caractérise l'étonnement peut être remplacée par une projection en avant des lèvres, analogue à celle qui se produit dans l'acte de siffler, et souvent accompagnée en effet d'une sorte de sifflement. Le relèvement des sourcils et l'agrandissement de la fente palpébrale restent les mêmes que dans la mimique normale de l'étonnement. Cette projection en avant des lèvres peut se retrouver dans la frayeur et aussi dans l'admiration. Nous reproduisons une eau-forte de Rembrandt où elle est très apparente et où l'expression de frayeur est non moins nette, résultant à la fois de l'agrandissement démesuré de la fente palpébrale et du rejet très prononcé de la tête en arrière (fig. 4). Darwin qui a fait une étude intéressante de ce phénomène fait remarquer qu'il « rappelle le mouvement, beaucoup plus marqué cependant, qui indi-

que l'étonnement chez le chimpanzé et l'orang ». Il paraît résulter également d'une enquête de Darwin que cette forme de la mimique d'étonnement — éventuellement de frayeur ou d'admiration — est très répandue chez les primitifs. Il est possible qu'il s'agisse là d'une mimique primitive, actuellement en voie de régression (1).

L'élévation du sourcil par contraction du frontal constitue l'élément fondamental de la mimique de l'ignorance. Mais elle n'acquiert cette signification que grâce à un mouvement synergique d'élévation des épaules, auquel peut s'associer — éventuellement se substituer — soit un mouvement d'élévation des



FIG. 4

avant-bras, soit simplement un mouvement — qui peut être très léger — d'élévation des mains. C'est la mimique d'une personne à qui on a posé une question et qui répond : « Je ne sais pas. » On remarquera que dans cette synergie à trois éléments, les mouvements sont de même sens, savoir de bas en haut (élévation des sourcils, élévation des épaules, élévation des avant-bras, éventuellement des mains seules).

L'élévation des sourcils intervient encore pour exprimer le doute, qui n'est qu'une ignorance atténuée, et l'hésitation qui n'est que le doute appliqué à l'action. Dans ces deux cas elle s'accompagne souvent d'une série de petits hochements de tête.

(1) Georges Dumas mentionne une autre expression intéressante de la peur caractérisée par la rétraction de la tête dans les épaules, et donne un dessin de Ch. Bell, où cette expression est représentée d'une façon saisissante (ouvr. cité).

C'est enfin la mimique de l'interrogation qui est un aveu implicite d'ignorance.

Le relèvement des sourcils accompagne naturellement les interjections : « Oh ! Hein ? Eh bien ! », quand elles expriment l'étonnement ou l'interrogation, non l'irritation ou la colère.

Ainsi que nous l'avons mentionné, la contraction du frontal et l'élévation des sourcils marque chez beaucoup de personnes le début de la réaction verbale. Chez certains, cette mimique se répète plus ou moins fréquemment le long du discours, qu'elle ponctue en quelque sorte, intervenant souvent lorsque l'idée exprimée comporte un élément d'incertitude ou paraît devoir éveiller une impression d'étonnement chez l'interlocuteur. Dans ce dernier cas, elle sous-entend chez celui qui parle : « Ce que je dis est étonnant, mais c'est comme ça ! » Souvent, il y a alternance plus ou moins rapide de relèvements du sourcil (par action du frontal) et de plissements intersourciliers (par action du sourcilier), ces derniers intervenant pour marquer l'effort ou l'affirmation.

Duchenne de Boulogne a appelé le frontal le muscle de l'attention. Le terme est juste si l'on considère l'attention spontanée, passive, expectante, sollicitée soit par une perception, soit par un souvenir ou une image mentale apparaissant à la conscience spontanément, sans effort — c'est ce que nous avons appelé la mise en éveil de l'esprit.

Il cesse d'être adéquat si l'on considère l'attention réfléchie, conscienté d'un obstacle à vaincre et d'un effort à fournir, qui s'exprime, ainsi que nous le verrons plus loin, d'une façon toute différente, par la contraction du sourcilier (v. p. 22).

Orbiculaire palpébral. — L'action de ce muscle a pour effet l'occlusion simple, sans effort, de la fente palpébrale qu'il produit par sa seule tonicité. Il a pour antagoniste, nous l'avons dit, le releveur de la paupière supérieure qui annihile l'effet de cette tonicité et, par l'élévation modérée de la paupière supérieure, assure l'ouverture physiologique de la fente palpébrale. Que l'action du releveur de la paupière supérieure cesse de s'exercer et l'œil se referme. C'est ce qui se produit d'une façon éphémère dans le clignement et d'une façon durable dans le sommeil.

Il y a toute une physiologie du clignement, extrêmement intéressante sans aucun doute, mais dont l'étude n'a peut-être pas été poussée aussi loin qu'il serait souhaitable. On sait seulement que le rythme de ce phénomène varie beaucoup suivant les individus, les conditions extérieures (intensité de la lumière),

l'état présent du sujet (fatigue, envie de dormir). Le papillotement des yeux, qui traduit le besoin de sommeil, n'est qu'une succession plus ou moins rapide de clignements. Il y a aussi toute une pathologie du clignement, parfaitement inconnue, en dehors des tics (tic de clignement). Nous rapporterons quelques faits observés chez des psychopathes qui sont fort suggestifs et justifient des recherches dans ce domaine.

La double action musculaire — relâchement du releveur de la paupière supérieure et tonicité de l'orbiculaire palpébral — dont il vient d'être question dans le clignement intervient aussi dans la mimique d'acquiescement, mais le phénomène est alors beaucoup moins rapide que dans le clignement. L'abaissement de la paupière supérieure s'accompagne généralement dans ce cas d'une légère inclinaison de la tête en avant. Cette association, abaissement de la paupière supérieure et inclinaison de la tête en avant, réalise en quelque sorte la mimique intégrale de l'acquiescement. En fait, une seule des deux réactions suffit à exprimer cet état de conscience : soit l'inclinaison de la tête, soit l'abaissement des paupières, ce dernier intervenant seul surtout pour traduire l'approbation discrète (1).

Orbitaire inférieur. — Ce muscle exprime les sentiments euphoriques. Duchenne de Boulogne l'a dénommé « le muscle de la bienveillance et le complémentaire de la joie franche ». Il serait peut-être plus juste de le considérer comme le muscle de la satisfaction. S'il intervient dans la mimique de la bienveillance et dans celle de la joie, c'est que les deux ont pour facteur commun la satisfaction. C'est au même titre, quoique d'une façon moins directe, qu'il contribue à exprimer la pitié. Sous la pitié se dissimule toujours un élément de satisfaction, né de la comparaison que, dans son subconscient, le sujet fait entre sa propre situation et celle de l'objet de sa pitié : on n'a jamais pitié d'un moins malheureux que soi.

L'orbitaire inférieur a été appelé aussi le muscle du sourire. Et le terme est juste, car il n'y a pas de sourire sans contraction de l'orbitaire inférieur. Mais son action ne suffit pas à produire le sourire. Il faut encore l'intervention d'autres muscles dont le plus important est le grand zygomatique qui attire la commissure buccale en haut et en dehors (v. fig. 1). Le sourire est donc une expression à deux éléments, aussi nécessaires l'un que l'autre : si l'orbitaire inférieur se contracte seul, sans

(1) Nous entrons ici dans le domaine de la mimique langage.

le grand zygomatique, il n'y a pas de sourire. Si le grand zygomatique se contracte seul, sans l'orbitaire inférieur, il y a le sourire faux. Le rire faux — ou rire jaune — est une expression du même ordre, c'est-à-dire un rire réduit aux contractions de la musculature inférieure de la face (grand zygomatique et releveurs de la lèvre supérieure), sans participation de la musculature péri-orbitaire.

L'orbitaire inférieur et le grand zygomatique se contractant seuls réalisent la forme la plus simple, la plus discrète du sourire — la plus élémentaire pourrait-on dire. Quand l'expression s'accroît, les synergies se développent : à la région orbitaire la contraction s'étend à l'orbitaire supérieur. L'orbitaire se contractant ainsi dans ses deux moitiés (supérieure et inférieure), il en résulte une diminution de la fente palpébrale. A la région péri-buccale, les releveurs de la lèvre supérieure (petit zygomatique, releveur commun de la lèvre supérieure et de l'aile du nez, releveur propre de la lèvre supérieure, canin), entrent en action. Il en résulte une élévation de la lèvre supérieure qui découvre plus ou moins les incisives supérieures. C'est le sourire complet, qui, suffisamment accusé et associé à des expirations brusques, saccadées, précipitées, quasi-convulsives, devient le rire.

Orbitaire supérieur. — Duchenne de Boulogne l'a dénommé le muscle de la réflexion. Sa contraction, qui abaisse le sourcil et en aplatit la courbe, intervient en effet pour exprimer la réflexion, mais toujours en synergie avec le sourcilier qui n'est d'ailleurs, ainsi qu'il a été dit plus haut, du point de vue anatomique, qu'un faisceau aberrant de l'orbitaire supérieur, mais un faisceau physiologiquement bien spécialisé, car c'est à lui, beaucoup plus qu'à l'orbitaire supérieur, que revient ici le rôle principal. Et si l'on tient à conserver un « muscle de la réflexion », c'est au sourcilier que cette dénomination doit s'appliquer.

Nous avons dit que l'orbitaire supérieur associe son action à celle de l'orbitaire inférieur dans le sourire accentué et dans le rire. Ajoutons que l'orbitaire tout entier (supérieur et inférieur) intervient dans l'occlusion énergique de la fente palpébrale qui est un des éléments de la mimique d'effort (v. p. 23), du pleurer, et du dégoût maximum, autrement dit de l'aversion.

Sourcilier. — Duchenne de Boulogne en fait le muscle de la douleur, affirmant qu'à lui seul il peut exprimer cette émotion. C'est une erreur, nous l'avons dit ; la contraction du sourcilier n'exprime normalement la douleur — disons plus largement l'émotion pénible — que s'il agit en collaboration avec un autre

muscle, le triangulaire des lèvres dont nous parlerons dans un instant. Après avoir critiqué la manière de voir de Duchenne, Charpy écrit : « Nous fronçons les sourcils dans beaucoup de circonstances autres que la douleur vraie, et que l'on peut répartir dans les trois groupes principaux de la réflexion, de la souffrance et de la colère. » C'est déjà beaucoup plus juste. Cependant le rôle mimique du sourcilier est encore plus général. Le sourcil se fronce toutes les fois que la conscience perçoit une entrave, une gêne apportée au cours régulier des processus psycho-physiologiques, qu'elle ait la notion d'un obstacle qui surgit ou qu'elle soit occupée par un sentiment pénible. La contraction du sourcilier intervient dans l'effort, physique aussi bien qu'intellectuel, dans la douleur et dans la tristesse à tous leurs degrés et sous toutes leurs formes, y compris le mécontentement et la colère, dont nous parlerons à propos du pyramidal.

C'est dans l'effort intellectuel que le rôle du sourcilier est surtout prépondérant et relativement le plus pur. On peut admettre qu'un froncement léger du sourcil, résultant de la seule action de ce muscle, exprime déjà une certaine concentration de l'esprit. Mais quand il s'agit de réflexion vraie, quand l'esprit prend clairement conscience d'un effort à fournir, la synergie de l'orbitaire supérieur intervient en déterminant l'abaissement et l'aplatissement du sourcil qui caractérisent l'action de ce muscle.

Le sourcilier apparaît ainsi comme le muscle de l'attention dite volontaire par la psychologie classique, c'est-à-dire de l'attention agissante, qui fait effort. C'est le muscle de l'esprit en état d'activité, tandis que le frontal, ainsi qu'il a été dit plus haut, est le muscle de l'esprit en état de réceptivité.

La différence, l'opposition même des deux mimiques, est particulièrement nette chez les enfants. L'un de nous a eu l'occasion de s'entretenir de cette question avec un instituteur qui observe fort bien ses élèves, des garçonnets de 10 à 13 ans. Cet instituteur a remarqué que quand il dit dans sa classe : « Faites attention, écoutez bien », toutes les têtes se lèvent et tous les yeux s'écarquillent (mimique de l'attention expectante), et que quand il dit : « Faites attention, réfléchissez », les têtes se baissent et les sourcils se froncent (mimique de l'attention active). Et il ajoutait : « Je dois dire que le second mouvement est moins général que le premier. » L'explication de ce dernier fait est claire : il est facile d'éveiller l'intérêt des enfants, mais il est beaucoup plus difficile de les amener à réfléchir.

Dans l'effort physique, le sourcilier agit synergiquement d'une part avec l'orbitaire et le pyramidal (les trois muscles consti-

tuant la ceinture musculaire de l'orbite), pour produire l'occlusion énergique de l'œil, et d'autre part avec les muscles qui déterminent l'occlusion de la bouche (en particulier l'orbiculaire des lèvres). Cette dernière synergie répond à une nécessité mécanique ; elle contribue à empêcher la sortie de l'air qu'une forte inspiration, prélude de tout effort musculaire, a emmagasiné dans la cage thoracique, de façon à immobiliser les côtes et à donner aux membres un point d'appui solide. Quand l'effort devient plus violent, la contraction gagne progressivement les autres muscles de la face (releveurs de la lèvre supérieure, etc...), le peaucier du cou, enfin les muscles masticateurs qui appliquent fortement les deux mâchoires l'une contre l'autre, et même les muscles profonds du cou, de sorte que dans l'effort violent on assiste à une contraction tétaniforme de tous les muscles de la tête et du cou. Le rôle du sourcilier dans ce déchainement de puissance musculaire devient bien peu de chose. Mais c'est lui qui s'est contracté le premier, qui a donné le signal.

Dans l'émotion pénible, quelle qu'en soit la nature et le degré, la synergie fondamentale est celle du sourcilier qui fronce le sourcil et du triangulaire des lèvres qui tire la commissure buccale en bas et en dehors (fig. 2 et 3). Ce dernier muscle est d'ailleurs, le fait est intéressant à noter, au même titre que le sourcilier, un muscle qui n'existe, nettement développé, que chez l'homme, par conséquent un muscle essentiellement humain.

Réduite à ses deux éléments nécessaires : froncement du sourcil et déviation de la commissure buccale en bas et en dehors, cette mimique exprime la tristesse, dont les degrés sont mesurés par la contraction plus ou moins intense du sourcilier et du triangulaire des lèvres.

Il peut s'y associer une contraction des muscles de la houppe du menton qui fronce la peau du menton et renverse la lèvre inférieure en dehors. Cette synergie apporte, dans la mimique de la tristesse, une note de puérilité. C'est en effet la mimique du petit enfant qui s'apprête à pleurer.

Une autre expression de la tristesse puérile est la moue, par projection des lèvres en avant, résultant de l'action des incisifs supérieurs et inférieurs.

Dans la souffrance, à la synergie froncement du sourcil abaissement de la commissure buccale, s'ajoute l'action des releveurs de la lèvre supérieure qui élève la lèvre supérieure, entr'ouvrant par le haut la fente buccale (sans l'agrandissement horizontal de celle-ci qui se produit dans le sourire), et l'action du pyramidal qui attire en bas la peau du front et plisse la racine du nez. La

bouche peut s'ouvrir plus largement, si le cri s'ajoute à l'expression mimique. Enfin l'agitation des membres, et de tout le corps en général, peut, dans la douleur intense, corser encore le tableau.

Il est remarquable que la mimique est sensiblement la même pour la douleur physique et pour la douleur morale. La différence la plus notable est que, chez l'adulte, les larmes apparaissent plus rarement dans la première que dans la seconde. Darwin a déjà fait cette remarque.

Le sourcilier est le premier des muscles à se contracter violemment dans le pleurer, suivi bientôt par l'orbitaire, le pyramidal, les releveurs de la lèvre supérieure et finalement l'ensemble des muscles de la face.

Nous avons parlé (p. 10) de la synergie du sourcilier et du faisceau médian du frontal que l'on observe chez certains sujets et qui a pour résultats : 1° le froncement et l'élévation de la tête du sourcil ; 2° l'obliquité du sourcil de haut en bas et de dedans en dehors ; 3° l'apparition du système de plis cutanés : plis intersourciliers verticaux, plis médio-frontaux horizontaux. Associé à la déviation de la commissure buccale en bas et en dehors par action du triangulaire des lèvres, cet ensemble réalise la mimique de la tristesse intense (fig. 2 et 3), éventuellement intense jusqu'à la désolation. Quand il s'y associe la rotation du globe oculaire en haut, l'expression douloureuse prend un caractère théâtral.

Pyramidal. — Ce muscle, pas plus qu'aucun autre des quatre muscles fronto-orbitaires, ne peut à lui seul, réaliser une mimique définie. La figure où Duchenne de Boulogne le fait contracter électriquement (fig. 18 de son livre) pour démontrer qu'il est le muscle de l'agression n'est guère convaincante. Néanmoins, il est exact qu'il joue un rôle, non exclusif, mais constant et important, dans l'expression de la tristesse agressive, mécontentement ou colère. De sorte qu'il est permis de lui laisser le nom de muscle de l'agression, compte tenu de la réserve qui vient d'être faite.

Dans le mécontentement, il agit en synergie avec le sourcilier qui fronce le sourcil, le triangulaire des lèvres qui attire la commissure buccale en bas et en dehors et les élévateurs de la lèvre supérieure qui entr'ouvrent les lèvres, ces derniers muscles réalisant ainsi la mimique de la douleur, mais d'une façon atténuée, toutes ces contractions restant relativement faibles. Dans la colère qui n'est qu'un mécontentement paroxystique, aigu et maximum, tous ces mouvements (y compris le plissement de la racine du nez par le pyramidal) s'accroissent, les releveurs de la

lèvre supérieure découvrent les dents de la mâchoire supérieure (incisives et canines) et une synergie nouvelle intervient : la constriction des mâchoires par action des masticateurs, qui est caractéristique de la colère. Il peut s'y associer l'attitude et le geste de menace : la tête et le corps légèrement projetés en avant, les poings serrés, etc... La même mimique, avec occlusion de l'espace interlabial par relèvement de la lèvre inférieure qui vient combler l'espace laissé découvert par le relèvement de la lèvre supérieure (lèvres serrées) traduit la colère contenue.

Le pyramidal fait encore partie de la mimique du dégoût, mimique complexe, à laquelle participent également l'orbitaire, le sourcilier, les releveurs de la lèvre supérieure, mais dont l'élément essentiel est le renversement en dehors de la lèvre inférieure par contraction des muscles de la houppe du menton associé à l'abaissement très marqué de la commissure par action du triangulaire des lèvres. Il peut s'y joindre, quand le dégoût est intense, le rejet en arrière de la tête et du tronc, pour fuir l'objet du dégoût, la rotation de la tête en dehors et l'occlusion des fentes palpébrales pour ne pas le voir, la projection des mains en avant pour l'éloigner, éventuellement des efforts de vomissement (1).

Nous arrêtons ici cette étude de mimique physiologique, non certes, encore une fois, que nous prétendions avoir épuisé un sujet qui, s'il n'est pas inépuisable, est en tout cas tellement vaste qu'il faudrait pour le moins un volume pour le traiter dans toute son ampleur. Mais, de la masse d'expressions qui se lisent sur la face humaine, il est possible de dégager les plus simples, celles qui doivent être considérées comme fondamentales et susceptibles, par leur association et la combinaison de leurs éléments respectifs, de réaliser les multiples expressions secondaires qui donnent à la mimique sa variété et ses nuances. C'est ce que nous avons essayé de faire.

Si l'on jette un coup d'œil sur l'ensemble des expressions que nous venons de décrire, on voit qu'elles peuvent se répartir en quatre groupes dont chacun est placé sous le signe d'un muscle fronto-orbitaire : sous le signe du frontal, la mise en éveil de l'esprit, l'étonnement et les expressions qui en dérivent (étonnement pénible, frayeur, terreur ; étonnement agréable,

(1) A noter que dans le vomissement comme dans le dégoût, il y a toujours renversement en dehors de la lèvre inférieure et abaissement de la commissure buccale, l'un et l'autre très accusés.

admiration, ravissement) ; sous le signe de l'orbitaire inférieur, la satisfaction, la bienveillance, la joie qui s'expriment par le sourire et par le rire ; sous le signe du sourcilier, la concentration d'esprit, la douleur et la tristesse ; enfin, sous le signe du pyramidal, le mécontentement, la colère et le dégoût.

Il est donc vrai, ainsi que nous l'avons laissé entendre au début de cette étude, que ces muscles exercent sur l'ensemble de la mimique, chacun dans un domaine particulier, une sorte d'hégémonie. Nous espérons montrer, dans la seconde partie de notre étude, que, de même qu'ils dominent la psycho-physiologie de la mimique, ils en synthétisent la pathologie et que la connaissance de leurs anomalies fonctionnelles éclaire d'un jour intéressant divers problèmes de psychiatrie, en même temps qu'elle fournit au praticien des données utiles pour le diagnostic et le pronostic des psychoses.

SYPHILIS CÉRÉBRALE

A FORME HYPOCHONDRIQUE

PAR

C. I. URECHIA

La forme hypochondriaque de la paralysie générale est bien connue et décrite dans tous les traités classiques. Les deux cas que nous présentons se distinguent par quelques points qui méritent d'être retenus. Au point de vue clinique il existe des cas qu'on pourrait mieux étiqueter : syphilis cérébrale ; au point de vue anatomique notre premier cas présentait la syphilis des petits vaisseaux de Nissl et Alzheimer, lésions assez rares et intéressantes.

Iuliu Al., 49, architecte, nous est amené par son frère le 2 novembre 1928. Son père est mort cardiaque ; un frère du malade est mort dans notre clinique au cours du delirium tremens. Infection syphilitique à 25 ans ; traitement insuffisant. Depuis trois ans préoccupations hypochondriaques ; prétend que tout son organisme est infecté, et qu'il n'a plus de raison de vivre ; alternatives d'états d'excitation et de dépression. Il a une insomnie rebelle et le 31 octobre 1928 tente de se suicider en se logeant une balle dans la tête, fait qui a déterminé son internement.

De constitution pyknique, pas de troubles de la nutrition ; taille 162 c., poids 68 kgr. ; brachicéphale, pas de stigmates de dégénérescence. Légère aortite ; tachycardie (106-120) ; rien à l'appareil respiratoire ; appétit conservé. Pupilles à contour irrégulier, inégales, avec le signe d'Argyll-Robertson. Les réflexes tendineux et cutanés, la sensibilité, sont normales. Démarche à petits pas ; attitude parkinsonienne : penché en avant, les membres supérieurs légèrement fléchis ; les balancements pendant la marche sont très réduits. Peu de mouvements ; regards à l'entour, sans déplacements adéquats de la tête. Pas de tremblement ou de rigidité. Force dynamométrique : 30 (quoique le malade à cause de son hypochondrie n'accorde pas assez de bonne

volonté). Il reste debout assez longtemps et n'entre pas en conversation avec les autres malades ; il s'adresse seulement aux médecins, demandant sans y mettre la tonalité affective correspondante, à être tué. Quelquefois légère incontinence urinaire. L'urine ne contient pas d'albumine, ni de sucre. Dans le liquide céphalo-rachidien les réactions de Nonne-Appelt et de Pandy sont légèrement positives ; lymphocytes : 17 ; réactions colloïdales (mastic et gomme laque) : positives ; réaction de Bordet-Wassermann : positive (++++); dans le sang, cette dernière réaction est positive. Deux mois plus tard la ponction lombaire nous montre seulement une légère albuminose, et les réactions colloïdales positives dans les deux premiers tubes, les autres réactions étant devenues négatives. La ponction faite le 11 février 1929 nous montre : Pandy : positif ; réactions colloïdales : positives dans le premier tube ; lymphocytose et Bordet-Wassermann : négatives. Une autre ponction faite le 1^{er} novembre 1930 nous montre seulement une légère albuminose. Deux autres ponctions effectuées en 1931, sont une fois complètement négative ; l'autre également, sauf pour l'albuminose. Le Bordet-Wassermann du sang a été négatif aussi. La tension artérielle pendant toute la maladie a oscillé entre 16-10 et 20-10. La tension rachidienne a varié entre 30 et 35. L'examen radiologique du cœur a montré une aortite (diamètre longitudinal : 14, transversal : 13 ; le diamètre aortique : 3,2). L'examen ophtalmoscopique (prof. Michail), nous montre une atrophie dans les segments inférieurs des papilles.

Examen psychique. — La mémoire est bonne et on peut très bien discuter avec lui, tant qu'il ne dévie dans son cercle délirant hypocondriaque ; bien orienté, les calculs élémentaires se font bien ; à cause de ses préoccupations délirantes, il ne connaît pas bien le nom des médecins de la clinique. Toute son attention est projetée du côté de ses préoccupations organiques. Quoiqu'il manifeste des idées hypocondriaques, il est relativement indifférent à ce qui se passe dans son entourage ou dans sa famille ; il nous décrit en souriant ses maux, comme il parlerait d'une autre personne ; il est convaincu que tout son organisme est pourri ; que son cerveau et sa moelle sont transformés en un pus verdâtre et qu'il serait très intéressant d'étudier son cadavre qu'il offre volontiers à notre clinique ; étant incurable il demande à être tué. Il est curieux de remarquer comme il nous décrit toutes ces choses sans aucune réaction affective adéquate ; il est tout à fait résigné. L'association des idées et la logique, à part son cercle hypocondriaque, sont bonnes.

Notre malade présente un délire hypocondriaque et de transformation corporelle très manifeste. Il nous raconte, par exemple, qu'il a essayé de se suicider, se sentant atteint d'une syphilis dont il ne guérira jamais. Il est complètement détruit, tous ses organes sont malades, surtout le cerveau et la moelle qui sont remplacés par des mucosités et des microbes. Il a attrapé la syphilis étant mordu par un coq

malade ; ce coq était atteint du choléra des poules, et notre malade a fait, après la morsure, une infection généralisée. Les toxines du coq infecté ont envahi tout son organisme, le sang est infecté, il n'a plus une goutte de sang dans ses veines. Il prétend que ce n'est pas vrai qu'il a eu un enfant, parce que sa moelle et tout son organisme sont détruits. Plus tard il prétend avoir attrapé la rage, toujours d'un coq, et crache souvent ; la salive provient de son cerveau détruit. On lui fait l'objection que les hommes enragés succombent en peu de temps, mais il dévie, et nous prie de lui faire une injection indolore pour le tuer. Son autopsie serait intéressante, car il est convaincu que son cas doit être unique dans la science. Il ne mérite plus le titre d'architecte, pas même celui d'homme, car il n'est qu'un cadavre. Il dort bien, mange bien et prétend qu'il fait toutes ces choses par devoir. Il prétend aussi que le professeur de bactériologie lui a promis de l'opérer pour cette rage du coq. On lui fait une prise du sang, pour lui démontrer qu'il a du sang, mais il affirme que c'est de la salive, que le sang peut devenir tout aussi blanc. Avec le temps le malade engraisse, mais il dit avoir maigri, à cause de son intoxication. Il précise l'histoire avec le coq enragé : à l'occasion d'une épidémie des poules de la ferme de ses parents, son père les a enfermées dans une chambre et l'a prié de les guérir, et c'est à cette occasion qu'il s'est infecté. Il a essayé de se tuer, mais la balle n'a pu pénétrer dans son cerveau à cause du pus qui s'y trouvait. Nous l'avons envoyé une fois au cirque, accompagné par un infirmier, et il nous a dit le lendemain qu'il s'était bien amusé, mais c'était dommage qu'il fût malade. Quelquefois il entend le coq chanter dans sa tête.

Au mois de décembre 1931, le malade devient gâteux, commence à se cachectiser, et succombe le 23 avril 1932. Le cadavre étant réclamé par sa famille, nous n'avons pu examiner que le cerveau. Le cerveau, en effet, était un peu congestionné, les méninges un peu épaissies avec des traînées blanchâtres ; dans les vaisseaux de la base, aucune trace d'athérome. Sur les coupes frontales rien d'anormal. Nous avons fixé des morceaux de l'écorce, des noyaux de la base, du cervelet, de la protubérance et du bulbe dans l'alcool, le formol ou le bromure d'ammonium, la solution de Weigert. Nous avons fait les colorations usuelles.

L'examen microscopique nous montre qu'il s'agit d'une forme assez rare de la syphilis des petits vaisseaux de Nissl et Alzheimer. A l'inspection générale de l'écorce, on constate de très rares clarières dégénératives, foyers ou déserts cellulaires, situés en général au voisinage et en rapport avec les vaisseaux. Ces déserts dégénératifs frappent par leur aspect pâlisant et décoloré et par le manque des cellules ou par des cellules très pâles, altérées, réduites à des silhouettes déformées, à peine reconnaissables. Les clarières dégénératives intéressent surtout les couches moyennes et profondes de l'écorce et beaucoup moins les parties superficielles. Les cellules nerveuses présentent

assez souvent des aspects de dégénérescence chronique, pas trop avancée en général, et inégalement répartie. Au point de vue architectonique, on pourrait dire que les couches I, II et IV sont relativement moins touchées que les autres. Dans le globus pallidus, quelques lacunes de désintégration et des lésions inégalement réparties. La même chose dans le noyau rouge. Dans le reste (bulbe, protubérance, cervelet, strié, etc.), lésions cellulaires moins prononcées. Dans la corne d'Ammon, nous avons rencontré deux cellules avec l'altération fibrillaire d'Alzheimer. La névroglie présente une prolifération avec hypertrophie modérée. La graisse est relativement abondante ; cette altération de la névroglie n'atteint cependant pas celle de la paralysie générale. La mésoglie nous montre aussi des aspects d'irritation, d'hypertrophie, et peu de granulations de graisse ; les granulations ferriques sont à peu près complètement absentes. Les cellules d'oligoglie se présentent par endroits accolées en grand nombre le long des vaisseaux. Les vaisseaux présentent les altérations, maintenant bien connues, de la syphilis des petits vaisseaux ; une prolifération avec hypertrophie des capillaires de l'écorce intéressant l'endothélium et l'adventice, de sorte qu'assez souvent l'observateur ne peut plus distinguer ces différentes couches capillaires. Ces capillaires en hyperchromatose frappent et sont mises en évidence sur les coupes. Les néoformations vasculaires, de même que les paquets, sont assez rares. La membrane élastique est très rarement proliférée ou altérée. Les infiltrations périvasculaires sont très discrètes, inégalement réparties, ou quelquefois absentes. Les vaisseaux qui en présentent nous montrent de rares plasmacytes, exceptionnellement des lymphocytes. La dégénérescence hyaline ne se rencontre que rarement dans les noyaux de la base. Les produits de déchet sont peu abondants ; on rencontre surtout de la graisse ; pas de basophiles métachromatiques ; quelques granulations ferriques. Nous avons rencontré quelques vaisseaux, surtout dans la substance blanche et dans le globus pallidus, avec l'aspect de l'artériose syphilitique (Jakob, Urechia, etc.).

Dans les cellules nerveuses et névrogliques, la dégénérescence graisseuse est relativement abondante. Le pigment ferrique, à part les cellules adventicielles, où il se rencontre en petite quantité, est exceptionnel dans les cellules névrogliques. Dans les méninges, nous n'avons rencontré que de rares régions avec des infiltrations discrètes, proliférations et épaississement, et des vaisseaux avec le même genre d'altérations. La dégénérescence colloïdale, le glycogène, sont absents. La myéline ne présente que peu de lésions. Dans les noyaux de la base, nous avons rencontré quelques rares vaisseaux avec de la dégénérescence colloïdo-calcaire. Dans la corne d'Ammon, nous avons rencontré une région limitée où l'infiltration pseudo-calcaire est abondante et disposée en granules le long des vaisseaux ; les granulations libres dans le tissu sont absentes ; les corpuscules amyloïdes sont rares. La recherche des spirochètes par la méthode de Jahnke a été négative.

En résumé : Malade âgé de 49 ans, qui avait contracté la syphilis à 25 ans. Depuis l'année 1925, troubles psychiques de caractère hypochondriaque, qui l'ont déterminé en 1928 à faire une tentative de suicide. Après cette tentative, internement dans notre clinique où il succombe en 1932. Sa maladie a donc duré sept ans. Pendant tout ce temps, il a présenté le tableau de l'hypochondrie, sans délire de grandeur ou autres symptômes paralytiques. Il s'agissait par conséquent d'une folie partielle. Quoi qu'il avait essayé le suicide (mai 1928), il présente plus tard une espèce de dissociation affective ; il mangeait et dormait bien, et décrivait tous ses malheurs, toutes ses préoccupations hypochondriaques, d'un air souriant et indifférent. Il était résigné, n'entrait en conversation que trop peu, s'isolait, ne manifestait aucun désir. La dysarthrie était absente. Au point de vue physique, on constatait des troubles pupillaires. Une ponction lombaire positive dans les trois dernières années était devenue négative, à part une légère albuminose. Le Bordet-Wassermann était négatif (contrôle exécuté plusieurs fois). L'examen microscopique nous a montré qu'il s'agissait de la syphilis des petits vaisseaux.

F. Samuel, 52 ans, commerçant, nous est amené par sa femme, le 14 décembre 1931. Un frère idiot ; un autre souffre fréquemment de céphalée (migraine ?). En 1915, infection syphilitique. Depuis quelques années, hyperacidité gastrique.

Sa maladie actuelle a commencé insidieusement : sa femme remarque qu'il est devenu capricieux et irritable, faisant du scandale à la moindre contrariété. Deux semaines auparavant, une crise pseudo-angineuse dans la région précordiale, avec la sensation de mort imminente ; une semaine plus tard, la crise se répète ; il consulte un médecin, qui constate une réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang. Le malade avait un appétit exagéré et mangeait beaucoup, même pendant la nuit, quand il se levait pour boire du lait ; il avait en même temps une espèce d'anxiété vague, de préoccupation organique qui le faisait manger beaucoup, et cette suralimentation, de même que l'aérophagie, avaient des répercussions sur le cœur. Ces symptômes le rendaient inquiet et irritable. Après avoir consulté un interniste, il vient chez nous et nous lui proposons de rester dans notre clinique.

De constitution robuste et bien nourri, il présente à l'examen physique : légère aortite, langue saburrale, hyperacidité avec flatulence, appétit exagéré, hémorroïdes ; le réflexe lumineux des pupilles se fait un peu lentement. Pour le reste, rien d'anormal. Au point de vue psychique, le malade est un peu déprimé et préoccupé de sa maladie. Nous lui faisons la réaction de Bordet-Wassermann du sang et du liquide qui est positive (0,4) ; dans le liquide spinal : albuminose, lymphocytose, réactions colloïdales positives. Avant de lui instituer

un traitement avec néosalvarsan et bismuth, nous attendons l'occasion de lui inoculer la malaria.

10 octobre. — Nuit agitée à cause de sa faim impérieuse qui l'a fait ingérer deux litres de lait apportés par sa femme de même que des fruits ; plusieurs crises de palpitations, de défaillance, qui l'ont empêché de dormir et l'ont rendu le lendemain très fatigué.

18 octobre. — Inoculation de la malaria (5 cc. intraveineux). Examiné pendant un accès de crise cardiaque (consécutive à l'aérophagie) on constate un pouls accéléré à 110 par minute. On lui administre des cardio-toniques et le malade déclare se sentir bien, la sensation de faim a diminué et il a bien dormi (il prétend que l'injection lui a fait du bien), il s'agit probablement d'une suggestion.

29 octobre. — Après huit accès fébriles, on coupe la malaria et on commence le néosalvarsan et le bismuth.

10 novembre. — Beaucoup amélioré ; la boulimie a disparu ; dort bien ; accuse quelquefois de la céphalée transitoire.

26 décembre. — Accuse de l'hyperacidité et des écœurements ; nous l'envoyons à la clinique médicale, où l'examen du suc gastrique, de même que le passage du baryum, ne montrent rien d'anormal.

Le 2 décembre, il est amené à la maison, mais il revient le 23 à cause de ses idées hypocondriaques.

Il présente de l'insomnie, accuse des troubles gastro-intestinaux et demande sans cesse des médecins pour l'examiner.

2 janvier 1932. — Prétend sentir des contractions et des mouvements dans la tête, l'estomac, les poumons ; accuse des douleurs dans le bras gauche et à la région précordiale ; il sent comment « les cellules » s'éliminent de son pied gauche. Il est anxieux et agité, et pendant ces crises, le pouls monte à 120-150. Il est convaincu que ces troubles sont dus à la passiflorine qu'il avait prise deux jours auparavant. Nous lui faisons une prise de 5 cc. de sang, pour soustraire la toxine, et lui administrons du sérum physiologique par cuillerée à café, après quoi il se sent mieux. Nous commençons une série d'injections avec levure de bière d'après notre méthode (température de 40° à 40° 5).

10 janvier. — Il fait venir le médecin de service pendant la nuit, en disant que les diverses cellules de son organisme livrent une lutte dans son rectum ; il prie le médecin d'ausculter avec le stéthoscope pour se convaincre et faire la paix entre elles (il a du reste des hémorroïdes et de la flatulence). Pendant une période de quelques semaines, idées hypocondriaques relatives à l'électricité. Il sent le courant électrique passant par sa chaise, et reste des heures entières à subir son effet.

14 janvier. — Le malade est agité, ne dort que très peu, se sentant plein d'électricité ; il vient téléphoner à l'usine électrique qu'on interrompe le courant ; il monte complètement nu sur la table pour s'isoler du courant. Il prend une cuiller dans la main pour se protéger comme un paratonnerre contre l'électricité. Un autre jour, il réclame parce que les médecins l'ont mis dans un lit de fer qui est bon conducteur d'électricité, et tout son corps en est rempli ; il a surtout des sen-

sations bizarres dans la région rectale et demande une radiographie ; il prend même une position commode pour l'écoulement du courant. Il tient dans ses mains la région anale, et demande à être alimenté par les infirmiers, car s'il déplace ses mains, il se produit un court-circuit.

17 janvier. — Pour se protéger contre les courants électriques, il reste tout le temps dans les cabinets, la porcelaine étant une substance isolatrice, et dort sur des journaux ; il s'est produit un court-circuit dans son corps et il a été sur le point de mourir. Il ne croit pas avoir des ennemis, et le courant n'est envoyé par personne.

27 janvier. — Se lève pendant la nuit et crie que son anus s'est déchiré et que son cœur et son cerveau ont été éliminés ; il va mourir sans doute dans quelques instants. Il se calme après un suppositoire, mais le lendemain prétend que le suppositoire est monté jusqu'au cerveau le long de la colonne vertébrale.

6 février. — Se croit persécuté par des esprits qui pompent tous les liquides de son organisme, et veulent l'incendier. Plusieurs esprits entrent dans sa chambre, l'encerclent, chantent des hymnes patriotiques et l'endorment. Pour se défendre, il chante des airs religieux, mais les esprits l'emportent. Quand il se réveille, tout son corps est brûlant. Un esprit se serait caché dans son estomac, où il chante des chansons d'amour. Prétend que l'assistant écoute avec le stéthoscope, et, comme il lui répond qu'il n'entend rien, le malade déclare que le docteur est sourd.

Il a présenté d'autres hallucinations ou interprétations délirantes ; il a ressenti comme si le diable s'était introduit dans son oreille ; il a beaucoup péché, il pleure, il est déprimé, il a trompé sa femme, il s'est servi de préservatifs, pratique interdite par la religion ; il ne mérite aucun traitement, et il doit mourir comme un chien. Une nuit, il n'a plus de cerveau et de cœur et il va mourir. Il est complètement transformé, on lui a volé le cœur, le pénis ; au lieu de la tête, on a mis un pénis ; ses perceptions gustatives ont été perverties par les infirmières. Il est devenu un malin, un syphilitique qui ne prie plus et n'aime pas sa famille. Accuse un infirmier d'avoir abusé de lui depuis dix mille ans ; il ne mourra jamais.

23 février. — Il craint d'être empoisonné ; tous les aliments sont empoisonnés, les hommes veulent le tuer ; mais, à la fin, il mérite sa destinée.

4 mars. — Accuse des douleurs, qu'il oublie pendant la conversation. Des serpents se sont introduits dans son corps. Au mois de mai, le malade s'améliore ; les préoccupations organiques ont disparu. Il est apathique, quelquefois incontinent, et on constate une légère démence. Il a terminé une deuxième série de traitement par la levure de bière en 12 injections avec 40° et néosalvarsan. Une nouvelle ponction montre : Pandy légèrement positif ; lymphocytose : 3 ; Bordet-Wassermann positif à 1,0 cc. ; réactions colloïdales négatives. En juillet, on ne constate qu'une apathie avec indifférence relative et sans démence.

En résumé : ancien syphilitique, très peu traité, qui vient consulter pour des troubles cardiaques et nerveux, à cause de l'aérophagie et de la boulimie, boulimie qui traduisait en même temps des préoccupations organiques. En peu de temps se développe une psychose hypocondriaque avec de nombreuses préoccupations relatives à son tube digestif et à son cœur ; ses idées délirantes traduisaient assez souvent les troubles dyspeptiques ou les hémorroïdes dont il est atteint. Sur ce fond hypocondriaque, avec beaucoup d'hallucinations coenesthésiques, se sont greffées aussi des idées dépressives, mélancoliques, ou vaguement paranoïdes. Après un traitement pyrétogène avec malaria, levure de bière, salvarsan et bismuth, les idées hypocondriaques ont disparu, et il n'en reste plus qu'une légère apathie. La ponction lombaire est devenue à peu près négative. Ce malade ne présente pas de dysarthrie, n'a extériorisé à aucun moment des idées de grandeur, ne présente pas de démence.

Ces deux cas que nous venons de relater diffèrent un peu de la paralysie générale. Dans notre premier cas, d'une durée de sept ans, le malade n'a pas présenté de démence ; à cause de ses préoccupations hypocondriaques, de sa résignation et son indifférence relative, il n'est pas tout à fait au courant des événements, mais sa logique, à part les idées hypocondriaque, est bonne, et sa mémoire est intacte. Il ne s'agit par conséquent que d'une psychose partielle, tandis que dans la paralysie générale on constate une psychose ou une démence globale. Dans ce cas surtout qui a évolué si longtemps, la démence aurait dû s'installer. Le fait qu'il manquait en partie un parallélisme entre ses idées dépressives et l'affectivité, dissociation assez rare, s'explique, d'après nous, par un sentiment de résignation et de désespoir, qui le fait rapprocher du syndrome de Cotard ; dans notre deuxième cas, le malade accuse en effet l'infirmier d'avoir abusé de lui (homosexualité) depuis dix mille ans et prétend ne jamais mourir. Cette relative indifférence affective vis-à-vis des idées hypocondriaques est quelquefois signalée dans les traités à propos de la paralysie générale. Dans un cas de confabulation, nous avons été frappés par l'indifférence avec laquelle notre malade décrivait ses tortures, comme s'il s'agissait d'une autre personne. Dans notre second cas, après un traitement énergique, les idées hypocondriaques ont disparu, tandis que dans notre premier cas elles sont restées cristallisées jusqu'à la fin de la maladie. — La dysarthrie est absente dans les deux cas ; dans le second cas au moins jusqu'à présent. La ponction lombaire est devenue dans les deux cas partiellement positive, albumineuse

dans le premier, albuminose et Bordet-Wassermann à 1,0 cc. dans le second et dans le premier cas elle devient plus tard complètement négative. L'autopsie du premier cas nous a montré le tableau de la syphilis des petits vaisseaux, aspect anatomique assez rare dont nous nous sommes plusieurs fois occupé (*l'Encéphale. La Revue Neurologique* et dont on trouve aussi une mise au point dans les traités de Jakob, et de Spielmeyer dans Bumke). Il se confirme encore une fois que cette entité anatomique présente assez souvent une ponction négative (qui devient négative avec le temps) et des tableaux cliniques anormaux et traînants. Dans notre second cas, la ponction lombaire avec légère albuminose et Bordet-Wassermann positif à 1,0 cc. pourrait être mise sur le compte de la pyrétothérapie ; mais il se peut cependant que la maladie évolue vers le même substratum anatomique. Ces quelques considérations nous font encadrer ces cas dans la syphilis cérébrale ; nous considérons la forme clinique et anatomique de notre premier cas, comme très rare et intéressante.

Dans notre second cas, le début a été marqué par des symptômes cardiaques et digestifs. A propos de ces symptômes, nous trouvons que les quelques auteurs qui les mentionnent dans le décours de la paralysie générale, mélangés à d'autres symptômes, leur donnent des interprétations différentes. Kræpelin nous dit par exemple que les crises cardiaques sont assimilables en partie aux ictus. Neisser est d'avis qu'il s'agirait de symptômes bulbaires. Kræpelin signale aussi l'écoeurement précédant de plusieurs années l'invasion de la paralysie. Dans notre cas cependant, le mécanisme était assez clair : des préoccupations organiques légères, avec boulimie, aérophagie, et troubles cardiaques consécutifs ; ces troubles gastriques n'avaient accompagné aucun trouble du chimisme ou de la motricité. Il n'est pas inadmissible par conséquent que les crises cardiaques, mentionnées par quelques auteurs, soient dues à l'aérophagie.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE ⁽¹⁾

*fondée le 27 avril 1852
reconnue comme établissement d'utilité publique
par décret du 11 décembre 1867*

BUREAU POUR 1934 ⁽²⁾

*Président : M. Roger MIGNOT.
Vice-Président : M. Th. SIMON.
Secrétaire général : M. René CHARPENTIER.
Trésorière-Archiviste : Mme THUILLIER-LANDRY.
Secrétaires des séances : MM. COURBON et Paul ABÉLY.*

LISTE DES MEMBRES établie le 15 janvier 1934

Membres titulaires honoraires (15)

<i>Membres titulaires depuis :</i>	<i>Membres titulaires depuis :</i>
1884. MM. SÉGLAS.	1923. MM. Aug. MARIE.
1888. LEGRAIN.	1930 (3). Paul CAMUS.
1891. SEMELAIGNE.	— GUILLAIN.
1893. KLIPPEL.	— Pierre MARIE.
— PACTET.	— Henry MEIGE.
— SÉRIEUX.	— PAPILLAUT.
1899. NAGEOTTE.	— André THOMAS.
1905. LWOFF.	

(1) La Société réunit actuellement 367 membres. Les candidats au titre de *membre titulaire, correspondant national ou associé étranger* de la Société Médico-psychologique, doivent adresser au Secrétaire général, en même temps que leur lettre de candidature, une liste de titres et travaux scientifiques et un exemplaire de leurs publications.

(2) La liste des *présidents* et des *secrétaires généraux* de la Société Médico-psychologique a été publiée dans le numéro d'octobre 1931, pages 285-286 ; la liste des *trésoriers-archivistes* a été publiée dans le numéro de janvier 1932, page 34.

(3) Membres honoraires nommés exceptionnellement en 1930 à l'occasion de la fusion de la Société Clinique de Médecine Mentale et de la Société de Psychiatrie avec la Société Médico-psychologique.

Membres titulaires (98)

Membres titulaires

depuis :

1888.	MM. DUPAIN.
1895.	Pierre JANET.
—	ROUBINOVITCH.
1896.	TOULOUSE.
1908.	G. de CLÉRAMBAULT.
1909.	LEROY.
1910.	ROGUES DE FURSAC.
—	TRUELLE.
—	PIÉRON.
1911.	CAPGRAS.
—	MARCHAND.
—	VURPAS.
—	MIGNOT.
—	René CHARPENTIER.
1913.	FILLASSIER.
—	LAIGNEL-LAVASTINE.
1919.	MALLET.
—	Ach. DELMAS.
—	DEVAUX.
—	DUPOUY.
1920.	BARBÉ.
—	REVAULT d'ALLONNES.
—	MEURIOT.
—	SIMON.
1922.	RAYNIER.
—	Henri CLAUDE.
1923.	Georges DUMAS.
—	BUSSARD.
—	RODIET.
1924.	LHERMITTE.
—	GUIRAUD.
1926.	COURBON.
—	LOGRE.
1927.	PETIT.
—	D. SANTENOISE.
—	CALMELS.
—	H. BEAUDOUIN.
—	MINKOWSKI.
1930.	DENAY.
—	HEUYER.
—	Xavier ABÉLY.
—	A. BAUDOUIN.

Membres titulaires

depuis :

1930.	MM. FRIBOURG-BLANC.
—	GÉNIL-PERRIN.
—	LAUGIER.
—	LÉVY-VALENSI.
—	MAILLARD.
—	SENGÈS.
—	TINEL.
—	WALLON.
1931.	Paul ABÉLY.
—	CEILLIER.
—	VINCHON.
—	CODET.
—	H. BARUK.
—	BOREL.
—	BUVAT.
—	COLLET.
—	HARTENBERG.
—	Mme THUILLIER-LANDRY.
—	MM. TARGOWLA.
—	PÉRON.
—	BONHOMME.
—	GOURIOU.
—	ABADIE (1).
—	AMELINE.
—	AUBRY.
—	J. BARUK.
—	Ch. BLONDEL.
—	P. COMBEMALE.
—	CULLERRE.
—	DANJEAN.
—	DESRUELLES.
—	DIDE.
—	EUZIÈRE.
—	GUICHARD.
—	HALBERSTADT.
—	J. HAMEL.
—	HESNARD.
—	LAGRIFFE.
—	LAUZIER.
—	J. LÉPINE.
—	NAYRAC.
—	M. OLIVIER.

(1) Ici, par ordre alphabétique, noms de membres non résidants élus membres titulaires le 28 mai 1931, par suite des modifications apportées aux Statuts de la Société le 26 janvier 1931 (de M. Abadie à M. Wahl inclusivement).

Membres titulaires

depuis :

1931. MM.	PASTUREL.
—	POROT.
—	RAVIART.
—	RAYNEAU.
—	ROBERT.
—	ROUGEAN.
—	Ach. SANTENOISE.

Membres titulaires

depuis :

1931. MM.	VIEUX.
—	WAHL.
—	BOURGUIGNON.
—	VIGNAUD.
—	LARGEAU.
1932.	CÉNAC.
1933.	CARRETTE.

Membres Correspondants Nationaux (100)*Membres correspondants*

depuis :

1883. MM.	ROUGÉ.
1886.	LARROQUE.
1888.	LEMOINE.
1899.	BRETON.
1902.	COLOMBANI.
—	COLOLIAN.
1903.	CHÉNAIS.
1904.	VERNET.
—	A. RICHE.
—	SIZARET.
1905.	V. PARANT.
1906.	REVERTÉGAT.
—	PAGE.
—	PERPÈRE.
1910.	BELLETRUD.
1911. Mlle	PASCAL.
1912. MM.	BEAUSSART.
—	OSSIP-LOURIÉ.
1913.	ALBÈS.
—	LERAT.
—	VOIVENEL.
1918.	GILLES.
—	CHAVIGNY.
—	J. COURJON.
1919.	BOUDON.
—	BENON.
—	FRANKHAUSER.
1920.	RENAUX.
—	VIAN.
1921.	ALLAMAGNY.
—	BRISOT.
—	MOLIN de TEYSSIEU.
1922.	BROUSSEAU.
—	EISSEN.

Membres correspondants

depuis :

1922. MM.	QUERCY.
1923.	Ch. REBOUL-LACHAUX.
—	POTEL.
1924.	PRINCE.
1925.	G. PAUL-BONCOUR.
—	G. ROBIN.
—	Mme MINKOWSKA.
1928. MM.	MONTASSUT.
1930.	ALAJOUANINE.
—	CORNÉLIUS.
—	DELAVILLE.
—	GALLAIS.
—	LAHY.
—	VIÉ.
—	SCHAEFFER.
—	SCHIFF.
—	Mlle WEINBERG.
1931. MM.	BARRÉ.
—	CHARTIER.
—	CORNIL.
—	COURTOIS.
—	DADAY.
—	DUMOLARD.
—	GONNET.
—	HYVERT.
—	JUDE.
—	MACÉ DE LÉPINAY.
—	MARTIN-SISTERON.
—	MEIGNANT.
—	Frantz ADAM.
—	Paul DELMAS.
—	LAMACHE.
—	VILLEY-DESMESERETS.
—	GRIMBERT.

Membres correspondants
depuis :

1931.	MM. BAUER.
—	CALMETTES.
—	DELMAS-MARSALET.
—	LABUCHELLE.
—	FOLLY.
—	R. ANGLADE.
—	ERNST.
—	PERRUSSEL.
—	ARTUR.
—	Paul COSSA.
—	LARRIVÉ.
—	FROMENTY.
1932.	MESTRALLET.
—	LASSALLE.
—	MORAT.
—	OMBRÉDANE.

Membres correspondants
depuis :

1932.	MM. TRIVAS.
—	H. ROGER.
—	MARTIMOR.
—	P. MASQUIN.
—	BURCKARD.
—	Henri EY.
—	LE GUILLANT.
—	PICARD.
—	RONDEPIERRE.
1933.	CUEL.
—	PORC'HER.
—	PICHARD.
—	VIGNERON D'HEUCQUEVILLE.
—	DUBLINEAU.
—	DAUSSY.
—	POTET.

Nous donnons ci-dessous la liste et les adresses des membres titulaires, correspondants nationaux et associés étrangers, avec la date de leur entrée dans la Société. Prière d'adresser toutes rectifications au Secrétaire général de la Société Médico-Psychologique.

Membres titulaires honoraires (15)

- MM. CAMUS (Paul), 55, quai Bourbon, Paris (IV^e). — 22 décembre 1930.
 GUILLAIN (Georges), 215 bis, boulevard Saint-Germain, Paris (VII^e). — 22 décembre 1930.
 KLIPPEL, 63, boulevard des Invalides, Paris (VII^e). — 27 novembre 1893.
 LEGRAIN, 9, rue Pelouze, Paris (VIII^e). — 30 juillet 1888.
 LWOFF, 14, avenue Marie-Louise, La Varenne-St-Hilaire (Seine). — 20 janvier 1893.
 MARIE (Aug.), 16, boulevard Edgar-Quinet, Paris (XIV^e). — 25 janvier 1893.
 MARIE (Pierre), 76, rue de Lille, Paris (VII^e). — 22 décembre 1930.
 MEIGE (Henry), allée Boileau, Champignolle, La Varenne-St-Hilaire (Seine). — 28 février 1898.
 NAGEOTTE, 82, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (VI^e). — 25 juillet 1898.
 PACTET, 35, Grande-Rue, Châtenay (Seine). — 29 février 1892.
 PAPILLAUT, 2 bis, avenue Frochot, Paris (IX^e). — 22 décembre 1930.
 SÉGLAS, 96, rue de Rennes, Paris (VI^e). — 28 juillet 1884.
 SEMELAIGNE (René), 59, boulevard de Montmorency, Paris (XVI^e). — 29 décembre 1890.
 SÉRIEUX, 83 bis, boulevard Brune, Paris (XIV^e). — 25 janvier 1892.
 THOMAS (André), 28, rue Marbeuf, Paris (VIII^e). — 22 décembre 1930.

Membres titulaires (98) (1)

- MM. ABADIE, 18, rue Porte-Dijeaux, à Bordeaux. — 29 mai 1922.
 ABÉLY (Paul), Asile de Villejuif (Seine). — 30 juin 1924.
 ABÉLY (Xavier), Asile de Villejuif (Seine). — 27 juin 1921.
 AMELINE, Mehun-sur-Yèvre (Cher). — 30 mai 1910.
 AUBRY, Maison de Santé de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — 28 mai 1931.
 BARBÉ, 11, rue de Luynes, Paris (VI^e). — 24 avril 1911.
 BARUK (Henri), 57, Grande-Rue, à Saint-Maurice (Seine). — 26 janvier 1931.
 BARUK (Jacques), Maison de Santé de Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire). — 26 décembre 1910.
 BAUDOUIN (A.), 5, rue Palatine, Paris (VI^e). — 22 décembre 1930.
 BEAUDOUIN (H.), Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 29 septembre 1924.
 BLONDEL (Ch.). — 1, quai Zorn, à Strasbourg (Bas-Rhin). — 21 juillet 1928.
 BONHOMME, 17, rue de Penthievre, à Sceaux (Seine). — 27 novembre 1916.
 BOREL, 4, quai aux Fleurs, Paris (IV^e). — 29 décembre 1923.
 BOURGUIGNON, 15, rue Royer-Collard, Paris (V^e). — 22 décembre 1930.
 BUSSARD, 8, avenue du Onze-Novembre 1918, à Bellevue (Seine-et-Oise). — 29 juillet 1907.
 BUVAT, 130, rue de la Glacière, Paris (XIII^e). — 27 mars 1905.
 CALMELS, 22, avenue des Gobelins, Paris (V^e). — 25 avril 1927.
 CAPGRAS, Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 29 janvier 1906.
 CARRETTE, 8, avenue du Onze-Novembre 1918, à Bellevue (Seine-et-Oise). — 31 mai 1926.
 CÉNAC, 3, rue Coetlogon, Paris (VI^e). — 28 juin 1926.
 CEILLIER, 20, quai de Béthune, Paris (IV^e). — 28 mai 1923.
 CHARPENTIER (René), 119, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine). — 30 décembre 1907.
 CLAUDE (Henri), 89, boulevard Malesherbes, Paris (VIII^e). — 27 mars 1922.
 CLÉRAMBAULT (G. G. de), 46, rue Danicourt, à Malakoff (Seine). — 30 décembre 1907.
 COMBEMALE (P.), route d'Ypres, à Bailleul (Nord). — 28 mai 1931.
 CODET, 10, rue de l'Odéon, Paris (VI^e). — 29 décembre 1923.
 COLLET, 6, avenue des Marronniers, à Fontenay-sous-Bois (Seine). — 23 février 1914.
 COURBON, Asile de Vaucluse, à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 18 décembre 1916.
 CULLERRE (A.), 8, boulevard Aristide-Briand, à La Roche-sur-Yon (Vendée). — 30 juin 1879.

(1) Deux places de membre titulaire sont actuellement vacantes pour lesquelles des élections auront lieu le 26 février 1934 et le 23 avril 1934.

- MM. DANJEAN, Asile public d'aliénés d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône). — 28 mai 1931.
- DELMAS (Aehille), 23, rue de la Mairie, à Ivry-sur-Seine (Seine). — 26 avril 1909.
- DEMAY, Asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 27 juillet 1914.
- DESRUELLES, Asile public d'aliénés de Saint-Ylie, par Dôle (Jura). — 26 janvier 1931.
- DEVAUX, 117 bis, rue Perronet, à Neuilly-sur-Seine (Seine). — 24 juillet 1905.
- DIDE, Asile de Braqueville, près Toulouse (Hte-Garonne). — 28 janvier 1901.
- DUMAS (Georges), 6, rue Garancière, Paris (VI^e). — 28 juillet 1890.
- DUPAIN, 5, boulevard Saint-Michel, Paris (V^e). — 25 juin 1888.
- DUPOUY, 15, Villa du Bel-Air, Paris (XII^e). — 29 juillet 1907.
- EUZIÈRE, 12, rue Marceau, à Montpellier (Hérault). — 28 mai 1931.
- FILLASSIER, 10, quai Galliéni, à Suresnes (Seine). — 27 juin 1910.
- FRIBOURG-BLANC, 15, rue Fays, à Saint-Mandé (Seine). — 22 décembre 1930.
- GENIL-PERRIN, 99, avenue La Bourdonnais, Paris (VII^e). — 29 décembre 1919.
- GOURIOU, Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 27 avril 1931.
- GUICHARD, 77, route de Levens, à Nîce (Alpes-Maritimes). — 28 mai 1931.
- GUIRAUD, Asile de Villejuif (Seine). — 27 novembre 1922.
- HALBERSTADT, Asile départemental de Saint-Venant (Pas-de-Calais). — 24 novembre 1919.
- HAMEL (J.), Maison de Santé de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — 28 mai 1931.
- HARTENBERG, 64, rue de Moneau, Paris (VIII^e). — 24 juin 1907.
- HESNARD, 4, rue Peiresc, à Toulon (Var). — 29 décembre 1923.
- HEUYER, 1, avenue Emile-Desehanel, Paris (VII^e). — 27 décembre 1926.
- JANET (Pierre), 54, rue de Varenne, Paris (VII^e). — 28 janvier 1895.
- LAGRIFFE, Asile des Aliénés, à Quimper (Finistère). — 18 décembre 1905.
- LAIGNEL-LAVASTINE, 12 bis, place de Laborde, Paris (VIII^e). — 28 juillet 1913.
- LARGEAU, 29, rue de Clichy, Paris (IX^e). — 22 décembre 1930.
- LAUGIER, 1, rue Hautefeuille, Paris (VI^e). — 22 décembre 1930.
- LAUZIER, Maison de Santé de Fitz-James, à Clermont-de-l'Oise. — 26 mars 1928.
- LÉPINE (Jean), 1, place Gailleton, à Lyon (Rhône). — 22 février 1909.
- LEROY (Raoul), Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 28 mars 1898.
- LÉVY-VALENSI, 37, avenue Vietor-Hugo, Paris (XVI^e). — 22 décembre 1930.
- LHERMITTE, 9, rue Marbeuf, Paris (VIII^e). — 28 avril 1924.
- LOGRE, 49, avenue Montaigne, Paris (VIII^e). — 28 juin 1920.
- MAILLARD, 40, rue Dispan, à l'Hay-les-Roses (Seine). — 22 décembre 1930.
- MALLET (Raymond), 22, avenue Mozart, Paris (XVI^e). — 25 février 1918.
- MARCHAND (L.), 47, rue Falguière, Paris (XV^e). — 25 mars 1901.
- MEURIOT, Château du Bel-Air, Villeneuve-Saint-Georges (Seine-et-Oise). — 27 décembre 1920.

- MM. MIGNOT, Asile de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 26 juin 1905.
- MINKOWSKI (Eug.), 2, square Delambre, Paris (XIV^e). — 25 mai 1925.
- NAYRAC, 93, rue d'Esquermes, à Lille (Nord). — 28 mai 1931.
- OLIVIER (M.), 34, avenue du Maréchal-Maunoury, à Blois (Loir-et-Cher). — 24 juin 1907.
- PASTUREL, Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). — 28 mai 1931.
- PÉRON (Noël), 10, quai Galliéni, à Suresnes (Seine). — 26 janvier 1931.
- PETIT, 160, rue de Paris, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 27 juin 1921.
- PIÉRON, 52, route de la Plaine, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — 27 avril 1903.
- POROT, 29, rue Mogador, à Alger. — 25 novembre 1912.
- RAVIART, 91, route d'Esquermes, à Lille (Nord). — 29 mai 1922.
- RAYNEAU, 117, boulevard Jourdan, Paris (XIV^e). — 28 mai 1909.
- RAYNIER, 3 bis, rue de Capri, Paris (XII^e). — 28 février 1921.
- REVAULT D'ALLONNES, Château du Bel-Air, à Villeneuve-Saint-Georges (Seine-et-Oise). — 30 juin 1919.
- ROBERT (J.), 37, rue Rouget-de-l'Isle, à Auch (Gers). — 26 juin 1922.
- RODIET, Asile de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 25 novembre 1907.
- ROGUES DE FURSAC, Asile de Villejuif (Seine). — 28 février 1910.
- ROUBINOVITCH, 3, rue de Médicis, Paris (VI^e). — 27 juin 1892.
- ROUGEAN, 12, rue Dagobert, à Saint-Lô (Manche). — 26 janvier 1931.
- SANTENOISE (Ach.), Asile public d'aliénés de Saint-Ylie, par Dôle (Jura). — 28 mai 1931.
- SANTENOISE (Daniel), 96, rue de Strasbourg, à Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 26 novembre 1923.
- SENGÈS, Asile de Moisselles (Seine-et-Oise). — 22 décembre 1930.
- SIMON (Th.), Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 24 mai 1909.
- TARGOWLA, 169, rue de l'Université, Paris (VII^e). — 29 décembre 1923.
- M^{me} THUILLIER-LANDRY, 102, rue de Grenelle, Paris (VII^e). — 26 janvier 1931.
- MM. TINEL, 254, boulevard St-Germain, Paris (VII^e). — 22 décembre 1930.
- TOULOUSE, Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 27 juin 1892.
- TRUELLE, Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 25 novembre 1901.
- VIEUX, à Divonne-les-Bains (Ain). — 24 juin 1912.
- VIGNAUD, 4, avenue d'Orléans, Paris (XIV^e). — 28 novembre 1927.
- VINCHON, 108, rue du Bac, Paris (VII^e). — 27 juin 1921.
- VURPAS, 161, rue de Charonne, Paris (XI^e). — 27 juillet 1903.
- WAHL, Asile Saint-Pierre, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 22 juillet 1901.
- WALLON, 19, rue de la Tour, Paris (XVI^e). — 22 décembre 1930.

Membres Correspondants Nationaux (100)

- MM. ADAM (Frantz), Asile de Rouffach (Haut-Rhin). — 23 février 1931.
 ALAJOUANINE, 120, avenue Victor-Hugo, Paris (XVI^e). — 22 décembre 1930.
 ALBÈS, Asile de Châlons-sur-Marne (Marne). — 26 mai 1913.
 ALLAMAGNY, 46, boulevard Carnot, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — 29 mars 1921.
 ANGLADE (Roger), Asile de Breuty-la-Couronne, près Angoulême (Charente). — 28 mai 1931.
 ARTUR, médecin d'Escadre, Croiseur Lamotte-Picquet, 2^e Escadre, à Brest. — 22 juin 1931.
 BARRÉ, 8, avenue de la Paix, à Strasbourg (Bas-Rhin). — 26 janvier 1931.
 BAUER (E.), Asile de Naugeat, à Limoges (Haute-Vienne). — 27 avril 1931.
 BEAUSSART, Asile de Fleury-les-Aubrais (Loiret). — 25 novembre 1912.
 BELLETRUD, Maire de Cabris (Alpes-Maritimes). — 26 décembre 1910.
 BENON, Hospice Saint-Jacques, à Nantes (Loire-Inférieure). — 24 novembre 1919.
 BOUDON, 64, rue de Bellechasse, Paris (VII^e). — 28 juillet 1919.
 BRETON, 15, place Darcy, à Dijon (Côte-d'Or). — 27 novembre 1899.
 BRISSOT, Colonie d'enfants anormaux, à Perray-Vaucluse (Seine-et-Oise). — 27 juin 1921.
 BROUSSEAU, 109, avenue Henri-Martin, Paris (XVI^e). — 30 janvier 1922.
 BURCKARD, Asile de Sarreguemines (Moselle). — 27 juin 1932.
 CALMETTES, Asile de Naugeat, à Limoges (Haute-Vienne). — 27 avril 1931.
 CHARTIER, 9 bis, avenue des Fleurs, Nice (Alpes-Maritimes). — 26 janvier 1931.
 CHAVIGNY, Laboratoire de Médecine légale, Faculté de Médecine, à Strasbourg (Bas-Rhin). — 29 juillet 1918.
 CHENAIS, 6, rue Piccini, Paris (XVI^e). — 30 mars 1903.
 COLOLIAN, 37 bis, rue de Ponthieu, Paris (VIII^e). — 27 octobre 1902.
 COLOMBANI, Directeur de la Santé publique, Protectorat français, à Rabat (Maroc). — 27 janvier 1902.
 CORNÉLIUS, 7, avenue Constant-Coquelin, Paris (VII^e). — 22 décembre 1930.
 CORNIL (L.), 16, rue des Abeilles, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 26 janvier 1931.
 COSSA (Paul), 29, boulevard Victor-Hugo, à Nice (A.-M.). — 22 juin 1931.
 COURJON (Jean), Asile privé de Meyzieux (Isère). — 29 juillet 1918.
 COURTOIS, Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 26 janvier 1931.
 CUEL (J.-R.), 2, rue Dorian, Paris (XII^e). — 23 janvier 1933.
 DADAY, 57, Grande-Rue, à Saint-Maurice (Seine). — 26 janvier 1931.
 DAUSSY (H.), Asile de Rennes (Ille-et-Vilaine). — 26 juin 1933.
 DELAVILLE, Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 22 décembre 1930.
 DELMAS (Paul), 23, rue de la Mairie, à Ivry-sur-Seine (Seine). — 23 février 1931.
 DELMAS-MARSALET, 79, Cours d'Aquitaine, à Bordeaux (Gironde). — 27 avril 1931.

- MM. DUBLINEAU (J.), 3, rue François-Mouthon, Paris (XV^e). — 27 février 1933.
 DUMOLARD, 64, rue d'Isly, à Alger. — 26 janvier 1931.
 EISSEN, Asile de Stephansfeld, à Brumath (Bas-Rhin). — 26 juin 1922.
 ERNST (Henri), à Divonne-les-Bains (Ain). — 28 mai 1931.
 EY (Henri), Asile de Bonneval (Eure-et-Loir). — 27 juin 1932.
 FOLLY, 4, rue Lebeuf, Auxerre (Yonne). — 27 avril 1931.
 FRANKHAUSER, 12, rue Humann, Brümath (Bas-Rhin). — 24 novembre 1919.
 FROMENTY, 32, rue de l'Hospitalité, à Tours (Indre-et-Loire). — 28 décembre 1931.
 GALLAIS, 58, rue de Rennes, Paris (VI^e). — 22 décembre 1930.
 GILLES, Asile Saint-Luc, à Pau (Basses-Pyrénées). — 29 avril 1918.
 GONNET, 21, rue Brossard, Saint-Etienne (Loire). — 26 janvier 1931.
 GRIMBERT, 11, rue Duroc, Paris (VII^e). — 30 mars 1931.
 HYVERT, Asile de Dury-les-Amiens (Somme). — 26 janvier 1931.
 JUDE, Directeur du Service de Santé des Troupes du Levant, S. P. 600. — 26 janvier 1931.
 LABUCHELLE, 29, rue Naujac, à Bordeaux (Gironde). — 27 avril 1931.
 LAHY, 22, avenue de l'Observatoire, Paris (V^e). — 22 décembre 1930.
 LAMACHE, 27, boulevard de la Liberté, à Rennes (Ille-et-Vilaine). — 23 février 1931.
 LARRIVÉ (E.), 192 bis, route de Vienne, à Lyon (Rhône). — 23 novembre 1931.
 LARROQUE (Benj.), 823, calle Lavalle, à Buenos-Aires (République Argentine). — 26 juillet 1886.
 LASSALLE (Pierre), Asile de Saint-Lizier (Ariège). — 22 février 1932.
 LE GUILLANT, Asile de La Charité-sur-Loire (Nièvre). — 27 juin 1932.
 LEMOINE, à Levanges, par Decize (Nièvre). — 27 février 1888.
 LERAT, Asile de Lafond, à La Rochelle (Charente-Inférieure). — 28 juillet 1913.
 MACÉ DE LÉPINAY, 4, rue d'Angivilliers, à Versailles (Seine-et-Oise). — 26 janvier 1931.
 MARTINOR, Maison de Santé départementale de Blois (Loir-et-Cher). — 23 mai 1932.
 MARTIN-SISTERON, 14, rue Edmond-Rey, à Grenoble (Isère). — 26 janvier 1931.
 MASQUIN (Pierre), 40, avenue du Parc-Montsouris, Paris (XIV^e). — 23 mai 1932.
 MEIGNANT, 8, rue Saint-Lambert, à Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 26 janvier 1931.
 MESTRALLET, 25, quai Claude-Bernard, à Lyon (Rhône). — 26 janvier 1932.
 M^{me} MINKOWSKA, 2, square Delambre, Paris (XIV^e). — 25 mai 1925.
 MM. MOLIN DE TEYSSIEU, 14, rue Blanc-Dutrouilh, à Bordeaux (Gironde). — 28 novembre 1921.
 MONTASSUT, 12, rue Quatrefoies, Paris (V^e). — 28 juin 1928.
 MORAT, 10, rue Coutureau, à Saint-Cloud (Seine-et-Oise). — 22 février 1932.
 OMBRÉDANE, 124, avenue Emile-Zola, Paris (XV^e). — 25 avril 1932.
 OSSIP-LOURÉ, 42, avenue de Wagram, Paris (VIII^e). — 25 novembre 1912.

- MM. PAGE, 86, boulevard Michelet, à Marseille (Bouches-du-Rhône). —
26 mars 1906.
- PARANT (Victor), Saint-Loup par Saint-Géniès (Haute-Garonne). —
17 avril 1905.
- M^{lle} PASCAL, Asile de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). —
26 juin 1911.
- MM. PAUL-BONCOUR (Georges), 164, faubourg Saint-Honoré, Paris (VIII^e). —
27 avril 1925.
- PERPÈRE, 4, rue des Marronniers, Paris (XVI^e). — 24 décembre 1906.
- PERRUSSEL, Hôpital de la Manouba (Tunisie). — 28 mai 1931.
- PICARD (Jean), Asile de Bonneval (Eure-et-Loir). — 28 novembre 1932.
- PICHARD, 11 bis, rue Vauquelin, Paris (V^e). — 23 janvier 1933.
- PORC'HER (Yves-J.-M.), Maison de Santé de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — 23 janvier 1933.
- POTEL, 57, rue du Port, à Lorient (Morbihan). — 29 décembre 1923.
- POTET (M.), Directeur adjoint du Service de Santé des Troupes du Maroc, à Rabat (Maroc). — 27 novembre 1933.
- PRINCE, Asile de Rouffach (Haut-Rhin). — 25 février 1924.
- QUERCY, Asile de Château-Picon, à Bordeaux (Gironde). — 23 décembre 1922.
- REBOUL-LACNAUX (Ch.), 8, boulevard Salvator, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 26 novembre 1923.
- RENAUX, Asile de Saint-Gemmes, près Angers (Maine-et-Loire). —
31 mai 1920.
- REVERTÉGAT, 17, rue Rosée, à Sannois (Seine-et-Oise). — 29 janvier 1906.
- RICHE (A.), 8, place des Victoires, Paris (II^e). — 25 février 1905.
- ROBIN (Gilbert), 9, rue de Vézelay, Paris (VIII^e). — 27 avril 1925.
- ROGER (Henri), 66, boulevard Notre-Dame, à Marseille (Bouches-du-Rhône). — 25 avril 1932.
- RONDEPIERRE (Jacques), 211, rue de la Convention, Paris (XV^e). —
23 décembre 1932.
- ROUGÉ, Asile de Limoux (Aude). — 28 mai 1883.
- SCHAEFFER, 3, rue de Sfax, Paris (XVI^e). — 22 décembre 1930.
- SCHIFF, 14, rue César-Franck, Paris (XV^e). — 22 décembre 1930.
- SIZARET (J.), 13, boulevard Porée, à Saint-Servan-sur-Mer (Ille-et-Vilaine). —
27 février 1905.
- TRIVAS, Asile de Niort (Deux-Sèvres). — 25 avril 1932.
- VERNET (Georges), Asile de Beauregard, à Bourges (Cher). — 28 novembre 1904.
- VIAN, 49, rue Pastorelli, à Nice (Alpes-Maritimes). — 28 juin 1920.
- VIÉ, Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier). — 22 décembre 1930.
- VIGNERON D'HEUCQUEVILLE (G.), Asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais). —
23 janvier 1933.
- VILLEY-DESMESERETS, 130, rue de la Glacière, Paris (XIII^e). — 23 février 1931.
- VOIVENEL, 18, rue de la Dalbade, à Toulouse (Haute-Garonne). —
28 juillet 1913.
- M^{lle} WEINBERG, 20, rue Daviel, Paris (XIII^e). — 22 décembre 1930.

Membres associés étrangers (154)

Amérique (Etats-Unis d')

- M^{me} ALEXANDER (Harriet-C.-B.), 303, Ravine Drive, Highland Park (Illinois). — 25 mars 1912.
- MM. BLUMER (George-Adler), Superintendent Emeritus, Butler Hospital, 196, Blackstone Blvd, Providence (Rhode Island). — 30 octobre 1899.
- BRIGGS (L.-Vernon), 64, Beacon Street, Boston (Massachusetts). — 27 novembre 1916.
- BRUSH (Edward-N.), Superintendent Emeritus, Sheppard and Enoch Pratt Hospital, 2012 Greenberry Road, Mt. Washington, Baltimore (Maryland). — 30 juin 1912.
- BURR (C.-B.), The Durant, Flint (Michigan). — 27 novembre 1899.
- CAMPBELL (C.-Macfie), Director, Boston Psychopathic Hospital, 74, Fenwood Road, Boston (Massachusetts). — 28 mai 1931.
- FARNELL (Frederick-J.), 577, Angell Street, Providence (Rhode Island). — 30 novembre 1925.
- GORDON (Alfred), 1812, Spruce Street, Philadelphie (Pennsylvania). — 22 février 1909.
- GREENE (Ransom-A.), Superintendent, Walter E. Fernald State School, Waverley (Massachusetts). — 28 mai 1931.
- HALL (David-G.), 429, Olive Street, Dallas (Texas). — 23 mai 1887.
- KIERNAN (Jas.-G.), 103, State Street, Chicago. — 25 novembre 1895.
- MANN (Edward), 801, Madison Avenue, New-York. — 31 décembre 1895.
- MAY (James V.), Commissioner, Department of Mental Diseases, room 109, State House, Boston (Massachusetts). — 27 novembre 1933.
- M^{me} ROBINOVITCH (Louise-G.), Golden (Colorado). — 30 octobre 1899.
- MM. ROSANOFF (Aaron-J.), 2007, Wilshire Blvd., Los-Angeles (California). — 28 mai 1931.
- THOM (Douglas-A.), 520, Commonwealth Avenue, Boston (Massachusetts). — 28 novembre 1927.

Argentine (République)

- MM. BOSCH (Gonzalo), Professeur à l'Université du Littoral, Directeur de l'Hospicio de las Mercedes, Buenos-Aires. — 27 février 1933.
- DELFINO (Victor), Buenos-Aires. — 22 mars 1910.
- GORRITI (Fernando), 945, Bulnes, Buenos-Aires. — 23 février 1931.
- LÓPEZ (Lucio-Vicente), 419, Tucumán, Buenos-Aires. — 23 février 1931.
- PINERO (Hector-M.), Secretario de la Sociedad de Neurología y Psiquiatría, 1686, Tucumán, Buenos-Aires. — 23 février 1931.
- ROJAS (Nerio), Professeur de Médecine légale à l'Université, 736, Rodriguez Peña, Buenos-Aires. — 26 janvier 1932.

Autriche

- M. WAGNER-JAUREGG, Professeur, 18, Mandesgerichtsstrasse, Vienne. — 27 avril 1931.

Belgique

- MM. DE CRAENE (Ern.), Agrégé à l'Université, 26, rue Jacques-Jordaens, Bruxelles. — 30 mai 1929.
- D'HOLLANDER, Professeur à l'Université, 86, rue Vital-Decoster, Louvain. — 25 novembre 1907.
- DU CHATEAU, Inspecteur général, 36, rue Alfred-Giron, Bruxelles. — 26 février 1900.
- FRANCOTTE, Professeur à l'Université, 15, quai de Grande-Bretagne, Liège. — 31 décembre 1894.
- HOEDEMAEKERS (W.), Médecin du Service d'Anthropologie pénitentiaire, 11, avenue Michel-Ange, Bruxelles. — 29 décembre 1921.
- HOVEN, Médecin-directeur de l'Asile d'aliénés de l'Etat, Mons. — 25 novembre 1918.
- LEY (Auguste), Professeur à l'Université, 9, avenue Fond-Roy, Uccle-lès-Bruxelles. — 29 mai 1922.
- LEROY (Alphonse), Médecin-Chef du Sanatorium Sainte-Agathe, Liège. — 25 avril 1932.
- MEEUS, Médecin en chef de l'Asile de Mortsel, 21, rue des Nerviens, Anvers. — 29 février 1904.
- SANO (Fritz), Médecin-directeur de la Colonie familiale de Gheel. — 30 octobre 1899.
- M^{me} VANDERVELDE-BEECKMAN, Médecin du Service d'Anthropologie pénitentiaire, Résidence-Palace, rue de la Loi, Bruxelles. — 30 mai 1929.
- MM. VERMEYLEN (G.), Médecin principal de l'Institut Universitaire de Psychiatrie, 28, rue St-Bernard, Bruxelles. — 28 février 1921.
- VERVAECK (Louis), Directeur général du Service d'Anthropologie pénitentiaire, 35, rue Verhulst, Uccle-lès-Bruxelles. — 30 mai 1929.
- VILLERS, Agrégé à l'Université, 31, rue Montoyer, Bruxelles. — 26 février 1906.

Brésil

- MM. OLINTO (Plinio), 890, Copacabana, Rio-de-Janeiro. — 22 juin 1931.
- PACHECO E SILVA (A.-C.), Hôpital de Juquery, São-Paulo. — 22 juin 1931.
- PEIXOTO (Afranjo), Professeur de Médecine légale à la Faculté, Rio-de-Janeiro. — 29 février 1904.
- ROCHA (Franco da), Directeur-Médecin de l'Hôpital de Juquery, São-Paulo. — 24 décembre 1906.
- ROXO (Henrique de Brito Belford), Professeur de Clinique psychiatrique à l'Université, Rio-de-Janeiro. — 26 mai 1924.
- SOUZA-LEITE (José), ancien Interne des Asiles de la Seine, Bahia. — 11 novembre 1889.
- VIANNA (Ulysses), Professeur, 106, calle Alvaro-Ramos, Rio-de-Janeiro, — 27 avril 1931.

Grande-Bretagne

- Sir ARMSTRONG-JONES, Lord Chancellor's Visitor in Lunacy, 9, Bramham Gardens, London, S. W. 5. — 26 janvier 1931.
- M. BOLTON (Joseph Shaw), Professor, West Riding Mental Hospital, Wakefield (England). — 28 novembre 1927.

- Sir BOND (Hubert), Commissioner of the Board of Control, Caxton House West, Westminster, London S. W. — 30 mai 1926.
- MM. BRUCE (Alexander-Ninian), 8, Ainslie Place, Edinburgh (Scotland). — 28 novembre 1927.
- CHAMBERS (James), The Priory, Roehampton (England). — 25 mai 1912.
- Sir CRICHTON-BROWNE (James), ancien Lord Chancellor's Visitor, 45, Hans Place, London S. W. 1. — 31 octobre 1881.
- MM. GOODALL (Edwin), « Fairlawn », Kingsway, Hove, Sussex (England). — 30 juin 1962.
- GORDON (George), 14, Guessens Court, Welwyn Garden City, Herts (England). — 29 mai 1922.
- MARR (Hamilton), 10, Succoth Avenue, Edinburgh (Scotland). — 30 mai 1927.
- ROSS (Donald), Argyll and Bute Asylum, Lochgilphead, Argyll Scotland. — 30 mai 1927.
- RUTHERFORD (James), Brislington House, Bristol (England). — 31 octobre 1881.
- SMITH (Percy), ancien Superintendent de l'Hôpital de Bethlem, 42 Albion Street, London, W. 2. — 24 juin 1895.
- WORTH (Reginald), Springfield Mental Hospital, Tooting, London, S. W. 17. — 28 novembre 1927.

Canada

- MM. CARON (Sylvio), professeur agrégé à l'Université Laval, Médecin de l'Hôpital Saint-Michel-Archange, Mastaï, Québec. — 26 janvier 1932.
- CHAGNON, Médecin de l'Hôtel de Ville, Département de la Santé, Montréal. — 27 mars 1899.
- DESLOGES (A.-H.), Directeur médical général des Hôpitaux d'aliénés, 515, St-Gabriel, Montréal. — 30 mars 1931.
- DEVLIN, ancien Surintendant médical de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu, près Montréal. — 30 mars 1931.
- LARIVIÈRE (Paul), Médecin de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, Montréal. — 27 juin 1932.
- LEFEBURE DE BELLEFEUILLE (Gaston), Professeur à l'Université de Montréal, médecin de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu. — 30 mars 1931.
- MILLER (J.-Ch.), Médecin de l'Ecole La Jemmerais, Mastaï, Québec. — 27 juin 1927.
- NOËL (Omer), Surintendant médical, Hôpital St-Jean-de-Dieu, près Montréal. — 30 janvier 1928.
- PLOUFFE (Daniel), Surintendant médical, Hôpital de Bordeaux, près Montréal. — 30 janvier 1928.
- ROY (C.-S.), Surintendant médical, Hôpital St-Michel-Archange, Mastaï, Québec. — 30 mars 1931.

Chili

- MM. BECA (Manuel), casa de Crates, Santiago. — 29 mars 1897.
- FONTECILLA (Oscar), Professeur, 330, Sante-Lucia, Santiago. — 28 mai 1931.

Cuba

M. VALDES ANCIANO (J.-A.), Professeur à l'Université de La Havane. — 28 novembre 1910.

Danemark

MM. CHRISTIANSEN (Viggo), 18, Lille Strandweg, Hellerup, Copenhague. — 28 juin 1926.

WIMMER (Aug.), Doyen de la Faculté de Médecine, Universitets Laboratorium, 15, Norrevoldgade, Copenhague. — 28 février 1918.

Egypte

M. HADGES, Le Caire. — 11 novembre 1889.

Espagne

MM. ALVAREZ Y G. SALAZAR, 2, c. Conde de Xiquerra, Madrid. — 28 mai 1931.
BRAVO Y MORENO (F.), Médecin-légiste, 76, c. Salméron, Barcelone. — 25 juillet 1910.

GIMENO-RIERA (J.), Médecin-directeur de l'Asile d'aliénés, 2, Paseo de Pamplona, Saragosse. — 30 mai 1910.

IRIGOYEN (José-Ciriaco), 369, Avenida 14 de Abril, Barcelone. — 23 novembre 1909.

RODRIGUEZ-ARIAS (Belarmino), Professeur à la Faculté de Médecine, via Augusta, 61, Barcelone. — 26 mars 1923.

VIVES (Salvador), 88, c. Caspe, Barcelone. — 26 juillet 1921.

Esthonie

M. PUUSEPP (Louis), Professeur à l'Université Karlova, à Tartu. — 30 mai 1927.

Grèce

MM. CATSARAS (Michel), Professeur à l'Université, membre de l'Académie de Médecine, 1, rue Mavromichali, Athènes. — 25 octobre 1886.

KOURÉTAS (Démètre), Chargé de Cours à l'Ecole du Service de Santé Militaire, 33, rue Solonos, Athènes. — 27 novembre 1933.

MITAFTIS (Télémaque), Professeur agrégé à l'Université, 68, rue de l'Académie, Athènes. — 30 octobre 1889.

TRIANAPHYLLOS (Denis), 1, rue Deligeorgi, Athènes. — 30 mars 1931.

VLAVIANOS, Professeur agrégé à l'Université, 45, rue du Stade, Athènes. — 25 mai 1912.

YANNIRIS, Médecin de l'Asile de Domocaitis. — 28 mai 1900.

Hollande

MM. BOUMAN (L.), Professeur à l'Université d'Utrecht. — 30 mai 1927.

VAN DER SCHEER, Professeur à l'Université de Groningen. — 22 février 1932.

Italie

- MM. ALBERTI (Angelo), Directeur de l'Asile d'aliénés de Genova. — 30 décembre 1907.
- ANTONINI (Giuseppe), ancien Directeur de l'Asile d'aliénés de Mombello (Milan). — 27 juin 1904.
- BACCELLI (Mario), Médecin-chef de l'Asile d'aliénés de Como. — 20 février 1914.
- BOSCHI (Gaetano), Directeur de l'Asile d'aliénés de Ferrara. — 29 décembre 1913.
- CAPPELLETTI (Luigi), Directeur des Asiles d'aliénés de Venezia. — 28 mai 1906.
- CASCELLA (Francesco), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Aversa. — 30 mars 1896.
- CAZZAMALLI (Ferdinando), privat-docent de psychiatrie, Milan. — 20 février 1911.
- DEL GRECO (Francesco), Directeur de l'Asile d'aliénés d'Aquila. — 27 juillet 1903.
- DONAGGIO (Arturo), Doyen de la Faculté de Médecine de Modena. — 28 mai 1931.
- D'ORMEA (Antonio), Directeur de l'Asile d'aliénés de Siena. — 29 juin 1908.
- FORNACA (Giacinto), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés de S. Onofrio, Rome. — 30 novembre 1908.
- GUALINO (Lorenzo), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Alexandrie. — 29 juin 1914.
- LANBRANZI (Ruggero), Directeur de l'Asile d'aliénés de Vérone. — 13 juillet 1906.
- LÉVI-BIANCHINI (Marco), Directeur de l'Asile d'aliénés de Nocera-Inferiore. — 27 mars 1916.
- LUCANGELI (Gian-Luca), 19, via Cola da Rienzo, Rome. — 31 juillet 1911.
- MAGGIOTTO (Ferdinando), Directeur de l'Asile d'aliénés de Como. — 29 janvier 1912.
- MARAGNANI (Luigi), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Alexandrie. — 27 juillet 1914.
- MEDEA (Eugenio), Chargé de cours à l'Université de Milan. — 28 juillet 1902.
- MUGGIA (Giuseppe), Directeur de l'Asile d'aliénés de Sondrio. — 25 novembre 1907.
- PADOVANI (Emilio), Directeur de l'Asile d'aliénés de Rovigo. — 20 février 1914.
- RIVA (Gaetano), ancien Directeur de l'Asile d'aliénés d'Ancone. — 27 mars 1882.
- RUATA (Guido), Directeur de l'Asile d'aliénés de Novara. — 24 juin 1912.
- SALERNI (Alcario), Vice-directeur de l'Asile de Vérone. — 27 mars 1911.
- SANTE DE SANCTIS, Professeur de Clinique neuro-psychiatrique à l'Université, 83, via Terme di Diocleziano, Rome. — 29 mars 1897.
- SAPORITO (Filippo), Directeur du Manicome judiciaire d'Aversa. — 19 décembre 1904.
- SEPPILLI (Giuseppe), Directeur de l'Asile d'aliénés de Brescia. — 27 mars 1882.

MM. TAMBRONI (Ruggero), ancien Directeur de l'Asile d'aliénés de Ferrara. —
28 avril 1902.

TAMBURINI (Arrigo), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Ancône. —
17 mai 1916.

Norvège

MM. EVENSEN (Hans), Médecin-directeur de l'Asile de Gaustad, près Oslo. —
29 avril 1907.

TIDEMAND-JOHANESSEN, Oslo. — 25 avril 1921.

Pologne

MM. ORZECZOWSKI (Casimir), Professeur à l'Université, 6, place de Napoléon, Varsovie. — 22 juin 1931.

SCHMIERGELD, 27, rue Srodmiejska, Lodz. — 29 juin 1908.

Portugal

MM. BAHIA (Junior), Hospital do Conde de Ferreira, Porto. — 30 mars 1931.

BETTENCOURT (Rodriguès), 3, rua da Imprensa, Lisbonne. — 25 juillet 1887.

MARTINS (Lopès), Professeur, à l'Université, Porto. — 29 juillet 1908.

Roumanie

MM. DIMOLESCU (Alfred), Médecin de l'Hôpital Central des Maladies mentales et nerveuses, Bucarest, 2 bis, rue de la Mélodie. — 23 mai 1932.

PADÉANO, Assistant à la Clinique psychiatrique de Bucarest, 22, Str. Washington. — 23 mai 1932.

PARHON (C.-I.), Professeur à l'Université de Jassy, 3, rue Lutérane, Bucarest. — 26 janvier 1931.

PAULIAN (Démètre-Em.), Médecin-chef à l'Hôpital Central des maladies mentales et nerveuses, conférencier à la Faculté de Médecine, 31, Str. Armenească, Bucarest. — 26 janvier 1931.

PITULESCO (Pierre), 2, Strada Episcopici, Bucarest. — 27 avril 1931.

STANESCO (Jean), Médecin de l'Hôpital pour Maladies mentales et nerveuses de Sibiu, 10, rue Deparateanu, Bucarest. — 24 octobre 1932.

URECHIA (C. I.), Professeur à l'Université, 1, rue Pasteur, Cluj. — 30 mars 1931.

Suède

M. KINBERG (Olaf), Professeur, Saltsjöbaden. — 28 mai 1931.

Suisse

MM. BERSOT (Henri), Clinique Bellevue, Le Landeron Neuchâtel. — 27 décembre 1926.

BOVEN (William), privat-docent à l'Université, 2, avenue de la Gare, Lausanne. — 31 octobre 1927.

FLOURNOY (Henri), privat-docent à l'Université, 6, rue Monnetier, Genève. — 27 novembre 1922.

- MM. FOREL (O.-L.), privat-docent à l'Université de Genève, Médecin-chef des Cliniques de Prangins, à Nyon. — 23 novembre 1930.
- LADAME (Charles), Professeur de Clinique des maladies mentales à l'Université, Directeur de l'Asile de Bel-Air, Genève. — 26 février 1912.
- MARTIN (Joannès), Professeur honoraire de médecine mentale à l'Université Veyrier, Genève. — 26 février 1895.
- NAVILLE (F.), Professeur de Médecine légale à l'Université, 8, rue Saint-Léger, Genève. — 30 juin 1930.
- REPOND (André), Directeur de la Maison de Santé de Malévoz, Monthey, Valais. — 28 novembre 1927.
- SAUSSURE (Raymond de), privat-docent à l'Université, 2, Tertasse, Genève. — 25 mars 1929.
- WEBER (R.), Professeur honoraire de l'Université, villa Sismondi, Chêne, Genève. — 23 février 1931.

Tchécoslovaquie

- MM. HASKOVEC (Ladislav), Professeur à l'Université Tchécoslovaque, 3, Mezi-branská, Prague. — 27 mars 1905.
- SEBEK (Jean), professeur agrégé de neuro-pathologie à l'Université Tchécoslovaque, 1, U. Karlova, Prague II. — 23 décembre 1932.
- STUCKLIK (Jaroslav), Médecin-directeur de l'Asile d'Etat d'aliénés de Kosice. — 31 octobre 1921.

Turquie

- MM. CONOS (B.), Médecin en chef du Service des maladies nerveuses et mentales aux Hôpitaux grecs de Baloukli, place du Tunnel, Péra. — 26 janvier 1931.
- MAZHAR (Osman), Directeur-médecin en chef de l'Asile des aliénés de Constantinople. — 28 mai 1931.
- ZIMALAKIS, Médecin-chef des Hôpitaux grecs de Constantinople. — 28 avril 1913.

U. R. S. S.

- MM. CHOROSCHKO, Professeur à la Clinique neurologique de Moscou. — 30 mai 1927.
- JOUCHTCHENKO (A.-J.), Professeur à l'Université de Kharkow. — 28 juillet 1913.
- TRETIAKOFF, de Moscou, Hospice de Juquery (Brésil). — 25 octobre 1916.

Uruguay

- MM. ETCHEPARE (Bernardo), ancien Professeur de Clinique des maladies mentales à l'Université de Montevideo. — 24 mai 1909.
- ROSSI (Santin-Carlos), Professor de Clinica Psiquiatrica, 1296, Ibicuy, Montevideo. — 30 mars 1931.
- SICCO (Antonio), Hospital Vilardebo, Montevideo. — 30 mars 1931.

Yougoslavie

- M. MÉDAKOVITCH (Georges), 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 26 janvier 1931.

Séance du Jeudi 11 Janvier 1934

Présidence : M. Roger MIGNOT, président

Correspondance

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le D^r Maurice BRISOT, médecin-chef de la Colonie d'enfants anormaux de l'Asile de Vaucluse, *membre correspondant national*, qui pose sa candidature à la place de membre titulaire, déclarée vacante le 19 décembre 1933, et pour laquelle l'élection a été fixée au lundi 26 février 1934 ;

une lettre de M. le D^r Pierre MASQUIN, *membre correspondant national*, ancien chef de clinique à la Faculté de Paris, présentant un mémoire sur *les conséquences cliniques, anatomo-biologiques et thérapeutiques de la malarithérapie de la paralysie générale* au concours pour le *prix Aubanel* à décerner par la Société en 1934 : ce mémoire a été remis le 30 décembre 1933 ;

une lettre de M. J.-O. TRELLES, interne des Asiles de la Seine, présentant un mémoire *à propos d'un cas anatomo-clinique de Maladie de Friedrich avec troubles mentaux*, des préparations histologiques et des microphotographies, au concours pour le *Prix Trénel* à décerner par la Société en 1934 : ce mémoire a été remis le 31 décembre 1933 ;

une lettre de M. Pierre MARESCAL, interne des Asiles de la Seine, posant sa candidature à l'attribution du *Legs Christian* pour 1934 ; cette lettre a été remise le 31 décembre 1933 ;

une lettre du D^r Paul NICOLAÏ, interne à l'Asile Saint-Pierre, à Marseille, présentant, au concours du *Prix Moreau de Tours* à décerner en 1934, sa thèse de doctorat en médecine intitulée *Contribution à l'étude de l'état mental des Parkinsoniens post-encéphalitiques* : cet envoi, daté du 3 janvier 1934, est parvenu le 5 janvier 1934, après l'expiration des délais d'inscription limités au 31 décembre 1933.

PRÉSENTATIONS

Hypomanie secondaire à un délire de persécution, par MM. Paul COURBON et Maurice LECONTE.

Les rapports entre la manie, psychose caractérisée par une exaltation générale de l'activité dans tous les domaines et le délire de persécution, psychose caractérisée par une systématisation de l'activité déviée dans un seul sens, ont été signalés depuis longtemps.

Pour certains auteurs, ces rapports sont si intimes que la manie et le délire de persécution ne seraient que la première et la deuxième phase d'une même psychose, psychose évoluant soit rapidement sur le même individu, soit lentement dans la même famille. C'est là l'opinion de Tanzi et de Riva, rapportée par Anglade au Congrès de 1899 et d'après laquelle toute psychose systématisée serait secondaire ontogéniquement ou phylogéniquement à une psychose généralisée : on retrouverait toujours un accès de manie ou de mélancolie soit dans les antécédents personnels du persécuté, soit dans ses antécédents héréditaires.

Récemment, M. Georges Petit a, dans d'intéressantes communications, attiré l'attention sur la fréquence des réactions quérulantes et persécutrices des maniaques.

Notre cas se distingue des cas habituels parce que les troubles mentaux se présentèrent dans un ordre inverse de celui qu'on rencontre habituellement, le délire de persécution précéda l'hypomanie.

La malade, âgée de 48 ans, et dont les antécédents nous sont inconnus pour la plupart, a subi, en 1918, à l'âge de 32 ans, la ménopause artificielle à la suite d'un traitement radiothérapique pratiqué contre un fibrome.

Elle est mariée depuis l'âge de 19 ans et n'a jamais été enceinte. Durant 14 ans, elle a exercé la profession d'employée au service de la comptabilité des Galeries Lafayette d'une façon satisfaisante.

Du point de vue somatique, elle est porteuse depuis quelques mois d'un squirrhe du sein actuellement inopérable.

Elle est entrée dans le service le 3 février 1933.

Son internement a été la conséquence des plaintes contre voisins émises par elle au commissariat de police. Elle accusait des phénomènes subjectifs à type de brûlures au niveau du mollet, qu'elle attri-

buaît à des rayons. Elle éprouvait des sensations génitales et ressentait encore d'autres rayons au niveau de l'abdomen. Elle se présentait comme une psychose hallucinatoire ainsi qu'en témoigne la description de son état à cette époque dans le certificat de M. de Clérambault du 13 décembre 1932, dont voici le libellé :

« Est atteinte de psychose hallucinatoire. Peut-être, début de chronicité. Prédominance sensitive. Rayons dirigés sur ses membres et sur son abdomen par des invisibles aux goûts inconvenants (*sic*). Pensées connues dès qu'elles surgissent. Rappel d'emplettes récentes et de souvenirs anciens. Ironies et injures. Propos malveillants en toute place où elle attend du travail. Dans notre service, influences utérines persistantes. Les persécuteurs sont des fous. Accuse fermement ses voisins. Démarches au poste pour protection. Aménité. Optimisme, confiance. Pouls 92. R.O.C. 88/92. Obésité. Ménopause après radiothérapie vers 32 ans. Caféisme. Parti-pris de négativisme chez le mari qu'elle dit elle-même avoir renseigné sur toutes influences subies. »

Avant d'arriver à Vaucluse, la malade passa quelques semaines à l'asile de Moisselles, d'où le médecin, le D^r Sengès, la fit conduire à Sainte-Anne, avec le certificat de situation suivant, daté du 30 janvier 1933 :

« Psychose hallucinatoire chronique. Malade réticente se révélant en réalité plus délirante spontanément qu'au cours des examens. Idées délirantes méconnues ou partagées partiellement par le mari. Idées d'évasion persistantes. Le mari proteste parce que les visites ont lieu à l'infirmerie sous la surveillance d'une infirmière. Il n'en a pas moins essayé de remettre à sa femme une paire de ciseaux à broder à pointes très effilées et très dangereuses. La malade est justiciable d'une plus longue observation avant décision. Il y a lieu d'annuler mon certificat de situation du 27 janvier donnant avis favorable à la sortie sous condition. »

Peu après, on la transférait, le 2 février 1933, à Vaucluse, où sa conduite, pendant les premiers mois, fut celle d'une persécutée.

Toujours à l'écart, ne fréquentant pas les autres, on la voyait sombre, taciturne, méditative dans l'attitude de l'introspection. Si on l'interrogeait, elle répondait posément et avec correction, mais spontanément elle ne rompait le silence que pour protester contre son internement qu'elle attribuait à la malveillance des voisins, notamment d'une certaine demoiselle I. qui avait fait sur elle de faux rapports.

Elle avouait qu'elle s'entendait mal depuis toujours avec cette voisine de palier qu'elle qualifiait de bavarde malveillante. Elle n'était pas folle. Elle s'était plainte, en effet, de rayons et de sensations bizarres. La cause en était qu'elle avait reçu des liquides corrosifs au niveau des mollets. Mais elle n'avait fait de mal à personne,

c'est à elle qu'on en avait fait, elle était une victime. « On me faisait faire des matins de travail sans me le dire, et j'abattais toute cette besogne qui me fatiguait. » Elle demandait instamment sa sortie. Porteuse d'un néoplasme du sein, elle réclamait d'autant plus ardemment sa liberté qu'elle désirait se faire traiter en ville par l'électricité, traitement auquel elle donnait son entière confiance, ne voulant pas entendre parler d'opération à Ste-Anne. Sortie de l'asile, elle ne retournerait pas avec de tels voisins. Elle irait chez sa mère, au camp de Mailly, et là elle n'éprouverait plus de malaises. « Moi, la reine du travail, nous disait-elle une autre fois, employée aux Galeries, je dois partir. Je m'acquiers le droit de me placer au-dessus des calomnies portées contre moi. »

Cette conduite méfiante et cohérente de persécutée demi-réticente se modifia peu à peu. La malade devint gaie, enjouée, se mêlant aux autres, tenant avec elles des conversations, faisant des travaux d'aiguilles. Comme on le verra, elle est coquette, se met du rouge aux lèvres, ce qu'elle ne songeait pas à faire autrefois. Elle intervient dans les discussions des autres malades qu'elle essaye de régenter ou de ridiculiser. Elle ironise : « Mon mari, je le mets dans les cabinets quand il me gêne pour faire le ménage, tellement l'appartement est petit. »

Son humeur a changé. Les incidents qui nécessitèrent l'internement sont présentés sur le mode maniaque. Son internement qui, naguère, était un forfait, est devenu une farce qu'elle espère voir se terminer bientôt. Ses voisins ne sont plus que des gens potiniers. Mlle I. ne lui apparaît plus malveillante. « Elle aimait tailler une bavette. On avait des prises de bec », dit-elle. « J'avais des manières un peu vives de m'exprimer avec ma voisine qui m'invitait souvent à boire le café. Mais je suis la femme la plus charmante du monde quand on ne me marche pas sur les pieds, car j'y ai mal. Je suis bavarde, mais quand je vois que mes compagnons battent la berloque, je les laisse ». Elle interprète différemment les troubles qu'elle ressentait. « Je n'ai jamais su dire d'où ils venaient : c'est peut-être que j'ai un tempérament susceptible de donner des fourmillements. Je mets ça sur le compte de la mauvaise circulation ou encore c'est peut-être les aliments qui m'avaient donné un urticaire comme en eut mon mari un autre jour. » Elle parle à présent avec légèreté de ce néoplasme du sein pour lequel elle était il y a quelques mois encore si soucieuse. « Je garde précieusement mon petit kyste au sein. » En ce qui concerne l'exhibition de ses mollets au poste, elle conclut : « J'étais peut-être indécente. Je ne vois rien de mal. Je tourne toutes les choses à la rigolade. »

Le comportement de la malade est donc devenu celui d'une hypomaniaque : « Je me sens envie de mordre », a-t-elle encore dit. Bien courts et bien rares sont ses accès de tristesse, cependant, elle a présenté quelques accès de pleurs.

Mais cette métamorphose, si grande soit-elle, n'est pas complète

néanmoins car elle s'accompagne de réticence. Malgré son attitude désinvolte et ses affirmations, la malade n'est pas sincèrement convaincue de la nature pathologique des phénomènes dont elle alla se plaindre au commissariat de police. En effet, elle commence par nier ses sensations anormales, les prises de pensées qu'elle avait autrefois. Si on insiste, elle élude les questions à ce sujet. Insiste-t-on davantage, elle invoque alors des explications naturelles qu'elle expose sur un ton badin, comparant, nous l'avons vu, ses anciens troubles au niveau du mollet à ceux qu'occasionne l'urticaire, disant que ces voisins n'étaient pas véritablement malveillants et que sa voisine est simplement une bonne commère qui lui offrait le café.

De plus, en prolongeant la conversation, on obtient des phrases révélatrices de la persistance du délire : « Après tout, si c'est des expériences que l'on faisait sur moi, je n'en veux pas du tout à ceux qui les ont faites. Je causais et je sentis une brûlure brusquement. Il a suffi que je change de place pour que ça passe. Et je vous assure que je ne vois rien de mal dans tout ce que l'on m'a fait. »

A noter, par contre, qu'au moment où le délire de persécution était le plus évident, il y avait quelques signes légers d'hypomanie signalés par le certificat du 13 décembre 1932, où il est parlé de l'aménité, de l'optimisme, de la confiance de la malade.

En somme, il s'agit d'une femme qui, arrivant à la période d'involution, éprouva des phénomènes d'automatisme mental pathologiques (sensations anormales de la sensibilité générale et de la sphère sexuelle, perte de la maîtrise de la pensée et des actes).

A ces phénomènes, elle commença par réagir en persécutée et, pendant des mois, à l'asile, se comporta comme une délirante.

Puis, peu à peu, sa conduite changea, si bien qu'à l'heure actuelle et depuis plusieurs mois, elle est devenue une hypomaniaque exubérante hyperthymique et confiante, ne conservant, du délire passé, qu'une réticence à l'égard des interprétations initiales.

Les considérations auxquelles prête cette malade ne sauraient être très catégoriques, car nous sommes trop insuffisamment informés de ses antécédents. On peut, néanmoins, retenir les points suivants :

1° L'ordre de succession du tableau clinique : L'hypomanie se manifestant après le délire de persécution n'est pas en faveur de la doctrine fantaisiste, d'après laquelle une psychose systématisée est toujours secondaire à une psychose généralisée.

2° L'hypothèse la plus satisfaisante, pour expliquer de tels cas, est celle de la coïncidence des deux constitutions cyclothymique et paranoïaque chez le sujet. Notre ignorance du passé

de cette femme ne nous permet pas d'affirmer qu'il en est sûrement ainsi. On constate bien, chez elle, tous les éléments de la cyclothymie, mais ceux de la paranoïa sont moins nets : l'assurance hypomaniaque pouvant donner l'illusion de l'orgueil paranoïaque.

3° L'internement est-il pour quelque chose dans cette transformation d'un délire de persécution en une hypomanie ?

Que l'internement ait pu amener une sédation des troubles d'automatisme mental pathologique n'est pas étonnant. Cette heureuse influence, il l'exerce sur beaucoup de malades qui cessent de délirer tant qu'ils sont internés, mais qui redeviennent hallucinés et interprétants dès qu'ils sont en liberté. C'est par cette vertu sédative que l'asile mérite bien son nom dont l'étymologie signifie protection.

Que l'internement soit cause de la réticence est encore plus évident. La malade à laquelle son mari, débile mental, le répète perpétuellement au parloir, sait très bien que les motifs de sa séquestration sont ses accusations et ses colères contre les voisins.

Mais, si l'on explique ainsi l'effacement du syndrome délire de persécution, on n'explique pas son remplacement par le syndrome d'hypomanie. A moins d'incriminer le refoulement déterminé par la réticence et de voir, dans l'exaltation hypomaniaque, une dérivation de l'activité délirante refoulée. L'énergie endiguée par la réticence, ne trouvant plus la voie où elle s'était canalisée, refluerait pour se libérer d'une façon diffuse. On aurait à faire, à un de ces phénomènes que Sollier a étudiés sous le nom de répression mentale (1). On assisterait au phénomène inverse de celui qui, ainsi que l'a montré Petit, transforme un maniaque réticent en querulant persécuteur.

La conclusion pratique qui se dégage de ces considérations et des faits qui en sont l'objet est que les cadres de la nosographie psychiatrique sont beaucoup trop insuffisants pour la réalité clinique. De là, la naissance de discussions interminables entre les observateurs qui veulent trouver un nom à l'ensemble symptomatique constaté sur une même malade. Heureusement, l'accord, bien souvent, peut se faire sur le pronostic avant d'avoir été fait sur le diagnostic. Dans le cas particulier, le pronostic semble très sombre à cause principalement de la persistance de la conviction délirante.

(1) Georges PETIT. — *Excitation maniaque et paranoïa*. Soc. médico-psychologique, 27 mars 1933.

(2) SOLLIER. — *La répression mentale*, Alcan, 1930.

M. LÉVY-VALENSI. — Je signale que, dans une très belle conférence, M. Capgras a exposé, l'an dernier, la question des rapports de la cyclothymie et de la paranoïa.

M. CAPGRAS. — Je regrette de n'avoir pas assisté au début de la présentation de la malade, qui pendant tout le temps où je l'ai vue s'est révélée comme une maniaque véritable. Aussi j'avoue que le titre de la communication m'a choqué. Il est banal en effet que les maniaques présentent au milieu de leurs réactions quelques idées de persécution.

M. René CHARPENTIER. — Il est assurément délicat sur un tel sujet, après avoir entrevu rapidement une malade, de donner une opinion différente de celle du médecin qui a suivi l'évolution de l'accès. Toutefois, il semble bien ici, que, d'après l'observation elle-même, des symptômes d'hypomanie aient été signalés dès le début. Et l'on sait combien il est fréquent, lors du début des états d'excitation ou de dépression, que les premiers symptômes soient ignorés par l'entourage ou même systématiquement méconnus. C'est, en clientèle, de constatation courante.

D'autre part, le fait que l'état hypomaniaque ait été à cette époque très léger n'est pas un argument contre ce diagnostic. Il y a souvent une disproportion très grande dans les états de psychose maniaco-mélancolique entre l'excitation et les idées délirantes, une excitation légère pouvant s'accompagner d'une grande richesse d'idées délirantes.

Enfin, on sait combien ce diagnostic est, dans certains cas, difficile et je n'ai pas besoin de rappeler les cas à longue évolution dans lesquels le diagnostic initial de délire de persécution a été ultérieurement rectifié et remplacé par celui de manie chronique.

Pour toutes ces raisons, dans le cas particulier, j'incline à penser qu'il s'agit d'idées délirantes au cours d'un accès d'excitation maniaque.

M. MIGNOT. — Cette hypomaniaque s'est plainte de douleurs et elle a un cancer. Est-ce que ces troubles subjectifs ne seraient pas en rapport avec l'évolution du cancer ?

M. COURBON. — Cette malade a, devant l'assemblée, été non seulement hypomaniaque évidente, mais encore réticente évidente. Cette phrase le prouve : « Si les rayons qu'on m'a envoyés l'ont été pour faire des expériences, je ne m'en plains plus du tout et je n'en veux à personne. » — Son squirrhe du sein évolue très lentement, n'exerce aucune compression, n'entraîne aucun

trouble neurologique. D'ailleurs, c'est sur les organes génitaux et sur le mollet qu'étaient dirigés les rayons dont elle accusait les voisins.

Evidemment, elle avait, dès le début, des signes très légers d'hypomanie : aménité, optimisme, signalés dans le certificat d'internement, au milieu de très nombreux signes de persécution véritable. Mais à la longue, le tableau clinique s'est renversé. Cette grande persécutée optimiste est devenue une grande hypomaniaque n'évoquant plus aucune idée de persécution, mais dissimulant mal sa réticence. L'intérêt de son cas réside dans la possibilité du rôle joué par cette réticence dans le renversement des éléments du syndrome.

De la place des impressions sensibles dans la genèse des hallucinations parlées. (*Présentation de deux malades*), par M. D. LAGACHE.

On a souvent l'occasion d'observer des hallucinations verbales associées à des impressions sensibles diverses, normales ou anormales, extéroceptives, intéroceptives, ou proprioceptives, dont les unes sont intérieures, les autres extérieures au territoire de la parole. Ces données occupent dans l'ensemble du processus une place plus ou moins grande : à côté des hallucinations parlées intérieurement ou actuellement sans élément sensitif additionnel, il est des formes mentales ou motrices qu'accompagnent accessoirement des impressions sensibles et des formes essentiellement sensibles.

De celles-ci, l'hallucination kinesthésique verbale de Séglas est l'exemple le plus typique. C'est la véritable hallucination parlée où la sensation de prononcer des paroles ne se surcharge d'aucune composante motrice, à supposer que l'on puisse en éliminer tout mouvement naissant. C'est elle surtout que les classiques rapprochent de l'illusion des amputés, telle que la conçoivent les théories nativistes. Produites par l'irritation d'un centre moteur ou plutôt sensitivo-moteur verbal, issues en apparence, par l'effet de la loi de l'excentricité des sensations, des muqueuses ou des muscles de l'appareil de la parole, elles font corps avec les mots ou les phrases que le malade croit percevoir ; ce ne sont pas des impressions quelconques qu'il incorpore à un processus verbal dont elles seraient le signal ou qui en serait l'interprétation ; ces impressions sont éloquentes, ou mieux, elles sont les mots ou les phrases, partie intégrante d'un

processus dont l'unité parfaite est interne et non externe, grosses d'une parole dont elles sont à la fois l'extrait et la puissance. Ce qui le prouverait, c'est le mutisme des mouvements ou des impressions qui ont leur siège en dehors du territoire de la parole ; pour devenir éloquents, il faut qu'ils soient accompagnés « de mouvements analogues dans les organes qui servent à l'articulation des mots, et qui eux, sont en rapport avec des images différenciées, spécialisées dans le centre moteur d'articulation de la fonction langage ».

A cette conception, selon laquelle l'unité du processus sensitivo-verbal serait interne, s'oppose celle suivant laquelle cette unité, bien que profondément ressentie par le malade, ne serait qu'externe, soit que l'hallucination se localise en un point qui est le siège d'une paresthésie (Baillarger), soit que la perception seule soit anormale, soit encore que le territoire mis en cause ait joué un rôle dans l'histoire du malade ou ait une signification symbolique (Mourgue).

Les deux malades que nous vous présentons apportent, pensons-nous, quelques éclaircissements au problème. Nous remercions M. le Docteur Capgras, qui nous a permis d'étudier la première malade et de nous servir de son observation, et M. le Docteur Ducosté, qui a bien voulu faire venir de Villejuif le second malade, étudié par nous, il y a quelques semaines, dans le service de notre Maître, M. le Docteur Simon.

OBSERVATION I (très résumée). — Jeanne G., 51 ans, est atteinte d'une psychose hallucinatoire qui a suivi de près un épisode de confusion onirique consécutif à une broncho-pneumonie grippale. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Caractère bon, a toujours été un peu craintive et hypocondriaque. Aménorrhée depuis 1929. Aurait eu jusqu'à 26 de tension artérielle.

Syndrome d'influence. Idées de persécution. Délire assez peu systématisé. Prédominance de préoccupations conjugales. Thème incestueux.

Excitation psychique et psycho-motrice. Adaptation incomplète à l'interrogatoire. Fuite des idées. Agitation vive par intervalles. Réactions mélancoliques ; idées de suicide (submersion), sans tentative vraie.

Evolution des hallucinations verbales.

Avril 1931. — Hallucinations auditives. Hallucinations périphériques des anciens auteurs : les petits oiseaux lui parlent, l'encouragent, lui donnent des conseils, des ordres.

Juillet 1931. — N'entendrait plus les oiseaux. Pas d'écho de la pensée ni de phénomènes satellites. Pas d'injures. Entend la voix de

son mari qui lui dit de venir. La perçoit dans les murs. Dit encore : « C'est tout dans ma tête, mais je l'entends dans le haut du ciel. » Les voix répètent toujours la même chose : « Va avec ton mari » ; c'est dans sa tête, mais elle reconnaît bien la voix de son mari.

6 janvier 1932. — Sortie après permission à titre d'essai. Trois jours après son retour, crise d'agitation. Paroles et chants imposés, avec une voix différente de sa voix habituelle. Photographies qui se produisent sur les maisons.

28 janvier 1932. — Extraits du certificat du D^r Courtois : « Hallucinations exclusivement auditives d'après la malade. On dit qu'elle dit du mal de son mari, qu'elle le trompe. Un certain Marcel lui répète qu'elle n'est pas chez elle, qu'elle a eu plusieurs enfants avec lui. Elle ne connaît pas l'homme qui lui parle et ignore le motif de ces persécutions. On l'influence dans son cerveau : « On l'oblige à crier : Vive l'Allemagne ! Vive Guillaume ! » On lui ordonne de se tuer. Elle doit exécuter les ordres. Fugues avec velléités de se jeter à la Seine (rencontrée par hasard par son frère). Réactions anxieuses par intervalles. Activité pragmatique conservée. Réflexes tendineux très vifs. »

29 janvier 1932. — On lui parle dans la tête. Cependant « c'est une voix qui cause ». C'est une voix dans l'espace. Ne peut dire d'où elle vient. C'est une voix haute, qui parfois crie. Ce serait plutôt une voix d'homme qui la tutoie, ce qui fait protester la malade.

Questionnée, elle répond : « Je crois que c'est dans ma tête, parce que ça me rend toute drôle. »

Quelque chose l'a poussée à crier : « Vive Guillaume » ; c'est quelque chose de nerveux.

3 juin 1932. — Hallucinations impératives, brèves, stéréotypées (va te noyer). Voix invisibles très distinctes. Accepte qu'on lui dise qu'elle est hallucinée, puis ajoute : « Mais j'entends ces voix dans mes oreilles. »

17 novembre 1932. — Extériorité des voix.

25 février 1933. — Depuis quelques mois, voix qui parlent dans les doigts, les mains, les pieds. On lui parle aussi dans la langue et dans les dents, « comme si on faisait aller un piano ». Pas de voix extérieures simultanées. Ça lui secoue le pied comme si quelqu'un parlait, comme si on la prenait pour une pile électrique. Elle entend aussi des voix qui lui parlent « comme si quelqu'un lui parlait » et des voix dans les bruits extérieurs.

Septembre 1933. — « La première fois, je me suis mise à chanter, comme une actrice. On m'a donné un pouvoir. Quelqu'un a pris un sujet dans moi-même, c'est un sujet de grande puissance. On me parle de *fulgurant*. » On lui a fait dire une chose terrible, qu'elle est venue sur terre pour faire le bien et le mal. Elle disait cela sans savoir pourquoi. Maintenant elle ne parle plus sans savoir pourquoi.

Tout au moins, au cours de notre examen, elle ne raconte pas d'hallucinations douées de caractères acoustiques nets.

Elle localise cependant des hallucinations dans l'espace extérieur. Il y a six mois, elle voulait monter au grenier pour voir qui parlait.

Ces hallucinations localisées dans l'espace extérieur sont ce que l'on appelait autrefois des « hallucinations périphériques ». Elle entend parler :

1° les oiseaux. Quand elle était avec son mari, ils la réveillaient à quatre heures, lui disaient de partir. Son mari la suivait partout. Elle entend comme nous le chant des oiseaux, par exemple le sifflement du merle. Elle ne lui découvre pas une intention ironique ou hostile, après coup, comme ferait un interprétant. Cependant, les chants des oiseaux sont en même temps des paroles. De même, elle comprend les libellules, une mouche qui bourdonne ;

2° le chemin de fer, qui « donne une perturbation qui donne une parole » ;

3° le bruit de l'eau, qui lui aussi est à la fois bruit de l'eau et paroles.

A l'Asile, on lui a aussi parlé dans le théâtre.

D'autres hallucinations sont à la limite de l'espace extérieur et de l'espace intérieur.

1° On lui parle dans les doigts : « J'entends parler..., si la main est appuyée au mur, je ressens un choc comme une personne, si ma main n'est pas appuyée, ça n'a pas la même force. » Quand on lui parle d'une façon ordinaire, pas de répercussion dans la main. On lui parle aussi dans le bras.

2° On lui parle dans les pieds. La position ne joue aucun rôle ; c'est égal, qu'elle soit debout, assise ou couchée, qu'elle soit immobile ou qu'elle marche ; « *c'est un mouvement comme si quelqu'un parlait*, je comprends très bien ». Aucune sonorité. Quand elle cause, si on lui parle par les pieds, elle ne comprend pas.

On lui parle dans tout le corps, « c'est la répercussion ». D'autres voix sont plus nettement intérieures que les précédentes. Pas de son dans le ventre ni dans la respiration, mais :

1° voix dans le cœur : pas de bruit ; son cœur est « comme dans une boîte ».

2° dans la bouche : elle *sente un mouvement dans la bouche*. On lui fait aller les dents, comme un piano : « Ce personnage me fait souffrir les dents, j'ai dû m'en faire arracher trois. Mes dents remuent, il y a une parole qui se forme en remuant les dents. »

3° voix dans la joue.

Lors de notre examen, aucun mouvement visible des lèvres. Elle se défend de remuer, de remuer la joue par exemple : « Si je me laissais aller, ça remuerait. » Mais elle répond.

Les voix l'empêchent d'écrire, lui brouillent les mains.

Lecture : voit dans les journaux des allusions à elle et à sa situation. Echo de sa lecture « dans l'espace ». Echo de ses réflexions.

Réflexion spontanée de la malade : « *Le jour on lui parle dans le cerveau ; la nuit, dans les oreilles.* »

Phénomènes visuels : Dès le début, ceux-ci ont occupé une place importante dans le tableau clinique. Voici comment elle les décrivait au début de 1933. Elle voyait des animaux imaginaires, surtout des têtes, comme des têtes de vaches, et ne parlant pas. Sur un mur ou sur une meule de paille, il lui apparaissait des vaches tout entières. Elles se formaient instantanément avec la plus grande finesse, comme une vraie vache. « Mon frère les a photographiées et on voit sur cette photo ces vaches, comme de véritables vaches qui se seraient trouvées là. » La malade apporte la photo ; il n'y a pas trace de vaches ; elle montre un point précis en affirmant qu'on y voit une vache : « Vous ne la voyez pas ? » Puis elle ne voit plus de vache, et s'en étonne, s'indigne « contre celui qui fait et défait de telles choses » ; à un autre moment, dit qu'elle voit apparaître de nombreuses têtes sur cette photo pendant qu'elle la regarde.

En septembre 1933, elle demande qui fait les photographies. Quand elle regarde le ciel, elle fait une teinte merveilleuse, les fontaines lumineuses.

Les points sur lesquels nous voulons insister à propos de cette observation sont les suivants : la malade perçoit des paroles étrangères dans des impressions sensibles, localisées le plus souvent en dehors du territoire de la parole, et qu'aucune impression intérieure à ce territoire n'accompagne. Le mécanisme de l'hallucination psycho-motrice réflexe verbale qu'invoque Ségla est donc hors de question. Cette illusion paraît pouvoir s'interpréter de la manière suivante.

Il ne suffit pas de dire que la malade localise les voix qu'il perçoit au point qui est le siège d'une sensation anormale ou d'une sensation normale, sur laquelle son attention a été attirée, ou dont le siège joue un rôle dans son histoire affective. En s'exprimant ainsi on ne rend pas compte de l'unité du processus tel qu'elle est ressentie et exprimée par le sujet. Ce qu'il faut dire, c'est que la malade perçoit cette impression sous forme de paroles, parce que l'acte verbal, très automatisé et d'une forte tension affective, est facilement déclenché par toute excitation, et déplace la donnée sensitive sans l'éliminer complètement de la conscience, mais en s'agglutinant à elle.

Trois faits nous paraissent confirmer cette façon d'exprimer les choses : 1° la fréquence des paresthésies sensibles chez cette catégorie de malades ; 2° la fréquence de phénomènes visuels d'un mécanisme analogue ; 3° la fréquence des hallucinations verbales périphériques, c'est-à-dire greffées sur un bruit exté-

rieur, qui ne peuvent s'expliquer que par un mécanisme de ce genre. La clef de ces phénomènes est évidemment dans un état mental spécial qui rend compte à la fois des uns et des autres.

Voyons maintenant comment peuvent s'expliquer les données sensibles intérieures au territoire de la parole.

OBSERVATION II (très résumée). — Homme, 40 ans, dessinateur en broderie. Changement de l'humeur et troubles du caractère, depuis environ quinze ans. Délire patent depuis quatre. Premier internement, il y a trois ans et demi. Bonne conservation du fond mental ; adaptation à l'interrogatoire, effort introspectif. Dépression, tristesse. Menaces à l'entourage, aux voisins, à une voisine qu'il rend responsable de pollutions nocturnes. Délire peu systématisé. Dépersonnalisation, sentiments d'automatisme et d'influence. Troubles du sommeil ; rêves érotiques provoqués ; conversations et interrogatoires nocturnes (journal parlé). Troubles de la sensibilité générale, dont certains sont en rapport avec des phénomènes d'inhibition et d'excitation de la parole. Somnolences qu'il croit provoquées.

Phénomènes visuels divers.

Inhibition du travail professionnel : surveillance et commentaires des actes ; pensées étrangères, pensées intempestives. Paroles irruptives, faiblement sonores, intérieures, lointaines, presque imperceptibles. Phrases stéréotypées : « T'es plus mariole que lui. » On lui parle en un langage « précieux, mitigé, ayant plusieurs significations, qu'il ne comprend pas ». Réurrence de romances, d'airs musicaux.

Sentiment d'inhibition de la parole propre : parole automatique, dépersonnalisée, incoercible : « Je suis ce que l'on nomme un « Robot », ou automate. Ce ne sont pas mes idées exactes, ce n'est pas moi... Je sens que ce n'est pas moi-même qui parle. Il m'arrive de soliloquer, chanter, faire des phrases. Ce n'est pas moi, ou alors je suis transformé. » Broderies forcées sur mots éjaculatoires : « Un mot va sortir précipitamment de ma gorge, et là-dessus, il y broderie. C'est moi et ce n'est pas moi. Je suis forcé de fouiller dans mes souvenirs pour exposer tout ce que je connaîtrais sur ce mot-là par exemple. » Phénomène de Stricker-Ségla : « Une personne me cause. Il y a impossibilité de lui parler immédiatement, le cerveau n'agit plus. La langue remuera toute seule, une conversation peut-être retenue en faisant bouillonner ce liquide. » Construction anticipée de phrases, qu'il répète, phrases trop vulgaires ou trop fortes pour lui. Paresthésies en rapport avec la parole involontaire : a) épigastriques : « La conversation peut se faire, moi ayant la bouche fermée. Je sens un courant sur le diaphragme. Si c'est un air musical, ça vient aussi bien à l'estomac. Je sens que la parole vient ici. Je suis un ventriloque par instants. » b) laryngées : « J'entendais ce qui vient de la gorge, ça fait comme un petit bouillonnement. Je peux ainsi percevoir une conversation. »

c) linguales : « Certaines fois, j'ai senti comme un courant électrique qui me passait dans la bouche et qui me laissait un goût de cuivre sur la langue. » Mots, phrases courtes et itératives greffées sur les bruits extérieurs (froissements de papiers, rotation des boutons de porte, eau du robinet) ; explication par l'interférence, la synchronisation : « Un son, si un autre son le rencontre, peut-être peut-on envoyer quelques mots au même moment. »

En résumé, il s'agit d'une psychose paranoïde, à forme de délire d'influence, chez un homme de 40 ans. On observe dans ce cas une très grande variété de phénomènes verbaux, à savoir, pour ne les mentionner ici que de la façon la plus générale : a) de la parole dépersonnalisée ; b) des paroles étrangères ; c) des paroles imposées. Celles-ci ne prennent la forme d'impulsions verbales proprement dites qu'épisodiquement, à la faveur de paroxysmes d'agitation. Le plus souvent, elles revêtent celles de paroles pensées ou senties. C'est sur celles-ci que nous voulons insister.

Ce cas est particulièrement favorable à leur étude, le malade étant non seulement bien adapté à l'interrogatoire, mais capable de comprendre les questions et de faire un effort d'introspection. Or, la façon dont il décrit ces données esthétiques montre combien elles sont confuses et diffuses, et cependant partielles, bien loin de correspondre à un processus sensitivo-moteur et à un contenu idéo-verbal définis.

En cela, elles ne paraissent pas différer des impressions sensitives extérieures au territoire de la parole. Rien ne prouve qu'elles traduisent une activité spécifiquement verbale. Le plus qu'on soit en droit de dire est que le malade les perçoit sous formes de paroles.

Dans ce cas encore, ces hallucinations parlées coexistent avec des hallucinations verbales périphériques, qui nous paraissent d'un mécanisme analogue.

En résumé, lorsque les hallucinations parlées sont des hallucinations senties, qu'elles soient senties à l'intérieur ou à l'extérieur de l'appareil de la parole, le phénomène, d'après nos vues, s'expliquerait pareillement par l'aptitude du malade à percevoir des données sensitives ou sensorielles sous forme de paroles. L'acte verbal, très automatisé et à forte charge affective, déplace, sans les annuler, les données sensitives. De même, dans l'illusion des amputés, les données mnésiques déplacent celles de la conscience immédiate.

C'est donc dans les caractères généraux de l'activité mentale

qu'il faut chercher l'origine des hallucinations parlées. L'état mental des malades permet, dans la plupart des cas, de les différencier des hallucinés de l'ouïe. La dissociation plus marquée s'accompagne souvent de sub-excitation. Les impulsions verbales proprement dites apparaissent à la faveur d'émotions vives, de crises d'agitation, d'anxiété.

Les impressions sensibles ne jouent donc qu'un rôle accessoire, que seule la théorie des images verbo-motrices a pu amplifier, dans la genèse des hallucinations parlées. Les sentiments d'automatisme ou d'influence, lorsqu'ils s'appliquent à la parole, ne sont pas conditionnés par elles. Elles leur donnent tout au plus une détermination.

De même, chez le parleur normal, le sentiment d'appartenance de la parole est fonction de la vigilance ; les sensations qui accompagnent l'exercice de la parole ne le créent pas, elles le déterminent.

M. G. PETIT. — Le mécanisme de l'association du phénomène verbal et de la sensation tactile par leur coexistence dans le temps a été mis en évidence par le terme qu'a, devant nous, employé le malade en disant qu'il y avait synchronisation entre les deux.

M. Henri Ey. — Je suis d'accord avec M. Lagache sur la conclusion de son intéressante communication. Dans mon travail sur les hallucinations psycho-motrices, je suis arrivé à la même idée. Il n'est peut-être pas sans intérêt de constater que des travaux poursuivis parallèlement peuvent ainsi se confirmer.

J'ai été frappé de rencontrer particulièrement chez la première malade une évolution des troubles que j'ai notée dans un grand nombre de cas. Au début, *état oniroïde d'action extérieure* (analogue à ce que nous avons décrit avec M. Claude dans l'encéphalite épidémique), ensuite *période de sentiments d'influence et d'automatisme*, enfin *période d'attitude d'objectivation*. Je crois que cette première malade avec ses éléments hypomaniaques en est arrivée à « jouer l'hallucination ».

Le second malade me paraît présenter des troubles plus profonds et je crois bien que d'ici peu d'années il sera incohérent et dissocié.

Il n'y a pas intérêt à voir ces malades sous un aspect trop particulier, ce sont les réactions d'ensemble qui comptent. Plus je vois d'hallucinés et plus je me fais cette idée — d'ailleurs bien vieille ! — que l'hallucination ou plutôt les troubles hallucinatoires ne sont qu'un aspect de délire dans le sens le plus large

du mot (Ségla). Ce ne sont pas les notions trop abstraites de spatialité, de sensorialité, etc., qui doivent nous faire distinguer les phénomènes hallucinatoires les uns des autres et permettre leur étude concrète. C'est par le contexte délirant tout entier qu'il faut « lire » les hallucinations et les pseudo-hallucinations. Les premières étant — dans les délires chroniques — un aspect du délire de persécution avec hallucinations de l'ouïe de Lasèque. Les autres étant symptomatiques d'un état de dissociation plus ou moins profonde, c'est-à-dire de délires d'influence. Les malades qui viennent de nous être présentés sont des influencés et non des persécutés. Dans le groupe même des influencés des distinctions s'imposent qui commandent des pronostics différents. Par de telles considérations, croyons-nous, le problème des hallucinations se réinsère dans la complexité clinique des faits.

Du rôle de l'éréthisme moteur primitif dans la genèse des hallucinations parlées. (*Présentation d'un malade*), par MM. P. GUIRAUD et D. LAGACHE.

Depuis Ségla, on appelle hallucination motrice verbale complète une hallucination verbale s'accompagnant de mouvements d'articulation ébauchés tels que l'on puisse saisir quelques mots sans percevoir cependant la continuité d'un discours. Cette ébauche d'articulation place l'hallucination motrice verbale complète entre l'hallucination kinesthésique verbale et l'impulsion verbale. C'est ce qui fait son importance doctrinale, mais aussi la difficulté de son diagnostic. Cette difficulté est double. En premier lieu, un tel « mouvement naissant » risque facilement d'être méconnu. D'autre part, même s'il est perçu par l'observateur ou par le sujet, sa nature et sa signification peuvent rester ambiguës. S'agit-il d'un mouvement d'articulation vrai, ou d'un mouvement banal que le sujet agglutine à un processus d'automatisme verbal, ou qu'il considère comme équivalent d'une communication verbale ? La question se pose lors même qu'on ne voit plus dans les phénomènes dits hallucinations motrices verbales complètes que le prolongement moteur d'hallucinations psychiques verbales. L'observation qui suit pose la question avec une netteté parfaite et permet peut-être de la résoudre.

OBSERVATION. — Paul L., 40 ans, corroyeur, a été conduit à l'Infirmerie spéciale le 5 décembre 1932, à la suite d'un scandale à l'atelier. Il aurait menacé un contre-maître de son couteau et serait entré, dis-

simulant deux couteaux derrière lui, dans le bureau d'un de ses chefs, lui déclarant : « Monsieur L., j'en ai assez ; si ça continue, dans 48 heures je suis fasciste. » Prétend n'avoir voulu qu'intimider.

Antécédents héréditaires. — Père mort, 40 ans, d'un « chaud et froid ». Un ou deux enfants seraient morts en bas-âge des convulsions.

Antécédents personnels. — Pas de syphilis. Pendant la guerre, paludisme et chancre mou. Aurait eu des accès palustres vers 1920. Excès alcooliques depuis plusieurs années. Séparé de sa femme. Divorce prononcé récemment à ses torts.

Histoire de la maladie. — Début difficile à préciser. D'après une tante, épisode délirant antérieur non-daté, ayant duré 16 mois, coupé de paroxysmes avec agitation nocturne, cris, chants. Peu avant l'internement, disait qu'on pénétrait chez lui, qu'on dérangeait ses affaires, qu'on allumait l'électricité. D'après le malade, fatigue depuis deux à trois mois. Examen du 6 au 10 décembre 1932.

Excitation psychique et psycho-motrice. Agitation sub-continue coupée de paroxysmes pendant lesquels le sentiment d'influence atteint son maximum. Délire de persécution et de protection. Grieffs contre sa femme, envers laquelle il se reconnaît des torts, mais, qui, dès le début du mariage, l'a sali, trompé, puis quitté. Le voisinage lui est hostile, parce qu'il est catholique. Ses camarades d'équipe, tous communistes, lui sont hostiles parce qu'il est fasciste. Dès qu'il sera libre, il adhérera au parti fasciste qui lui rendra ses honneurs. Il est sous la protection de la police secrète avec laquelle il est en communication depuis quelques semaines, ainsi qu'avec une femme mystérieuse.

Le moyen de communication est la transmission de pensée par signaux. Il comprend ses interlocuteurs en accomplissant, sous leur influence, les mouvements qu'ils font et en proférant les paroles qu'ils disent.

Réciproquement, ils le comprennent en imitant, eux aussi, ses mouvements et ses paroles.

Syndrome moteur intense et complexe, dépassant les frontières de la parole, sinon celles du langage, que le symbolisme en soit intentionnel ou interprétatif : attitudes concentrées, peut-être auditives ; hypermimie ; flexion et déflexion du cou ; clignements d'yeux ; mouvements divers des peauciers et des masticateurs ; trismus, mutisme, parole entre les dents « quand il est en action » ; parole explosive, un peu scandée ; bégaiement intermittent ; subactivité des doigts ; tapotement des pieds.

Si ces extériorisations motrices ont pour le malade la valeur d'hallucinations parlées, elles ne paraissent cependant pas, le plus souvent, adéquates à des paroles et à des idées. On ne peut en saisir le contenu idéo-verbal, et le malade refuse de le révéler, sous prétexte que c'est secret. Mais ses mouvements sont manifestement exa-

gérés, soit intention d'amplifier l'émission, soit éréthisme moteur. Il présente le phénomène de Stricker-Séglas, c'est-à-dire l'exclusion réciproque de la parole hallucinatoire et de la parole normale ; le secret justifie encore le mutisme et le trismus, malgré lequel il parle entre les dents, ce qui, à nouveau, peut faire douter qu'il parle en dedans autant qu'il le prétend. Les mouvements de la bouche ont parfois leur origine dans le ventre, ou, plus précisément, le flanc gauche.

Il dit encore qu'il entend des paroles, mais l'acousticité en est faible. C'est un bourdonnement, comme le bruit de la personne, comme des paroles, mais non des paroles ; il comprend très bien, il identifie des voix d'hommes et de femmes ; une seule fois, il a entendu très fort. Il dit entendre, tantôt dans les oreilles, tantôt dans la bouche. Sa voix reste la même quand les autres lui parlent, mais il *sait* quand ce sont eux qui parlent et quand c'est lui.

Il correspond « de tête » avec une femme qu'il ne connaît pas, et avec la police. De tête ne veut pas dire mentalement et la transmission de la pensée ne paraît pas pouvoir se passer d'intermédiaire matériel, de mouvements de la tête et de la bouche qui sont des signaux. Mais si des interlocuteurs peuvent ainsi lui parler à distance, c'est que les mots lui viennent dans la pensée.

En résumé, d'une part, certaines pensées et certaines paroles pensées tendent à être parlées ; d'autre part, le malade perçoit sous forme de parole des mouvements qui paraissent l'expression d'un éréthisme moteur pur et primitif.

Le rire et les pleurs forcés se trouvent également à la rencontre de ces deux courants de sens contraire. Tantôt, il rit parce qu'on lui communique « des machins rigolos », tantôt, c'est à la suite d'une sollicitation toute physique. De même, le tremblement, la sensation de constriction de la gorge lui suggèrent l'opportunité de la peur.

Quelques illusions visuelles, probablement interprétatives : on lui présente des couteaux ; les armes fascistes apparaissent sur sa joue gauche après le raser.

Examen physique. — Aspect général plutôt vigoureux. Visage amaigri et peu coloré, mains très rouges. Cicatrice inguinale droite (bubon suppuré).

Examen viscéral. — Sclérose pulmonaire apicale droite. Bruits du cœur un peu sourds à la base, clangor léger, tachycardie. Foie gros débordant. Rate non perceptible.

Examen neurologique. — Réflexes achilléens abolis à droite et à gauche. Réflexes rotuliens abolis à droite, extrêmement faibles à gauche. Tremblement digital. Pas d'autres signes neurologiques objectifs.

Examens biologiques. — 8 décembre 1932. — Ponction lombaire, albumine, 0,15 ; sucre, 0,95 ; cyto-diagnostic : plus de deux éléments par mmc. Bordet-Wassermann négatif. Sang : glycémie, 0,69 (coagulation partielle du prélèvement) ; Bordet-Wassermann négatif. Urines : albumine, 0 ; sucre, 0.

24 décembre 1932. — Ponction lombaire, albumine, 0,25. Réaction de Pandy négative. Cyto-diagnostic : 1,8. Bordet-Wassermann, négatif. Benjoin colloïdal, normal. Sang: Bordet-Wassermann, négatif. Meinicke, positif. Urine : albumine, 0 ; sucre, 0.

Evolution. — 31 décembre 1932 (D^r Ey). — « Etat de débilité mentale aggravé probablement par des habitudes éthyliques, des idées de persécutions assez bien systématisées, avec interprétations pauvres. Ne semble plus présenter aucune des hallucinations consignées dans le premier certificat. »

5 mars 1932 (D^r Guiraud). — « Débilité mentale avec troubles délirants probablement consécutifs à une encéphalite de nature indéterminée. Délire intense, basé surtout sur des hallucinations psychiques. Réticence, parce que, dit-il, il lui est défendu d'en parler : avoue avoir avoué à l'Infirmierie spéciale. Mélange d'idées d'influence et de persécution. Tendance à la réaction mégalomaniaque. Mouvements myocloniques de la face. Contractions vaguement rythmées des muscles masticateurs. Abolition des réflexes achilléens et rotuliens. Hyperglycorrachie d'après l'analyse de l'Infirmierie spéciale. »

18 mars (D^r Guiraud). — « Débilité mentale avec délire basé sur des idées d'influence, des interprétations délirantes et de l'activité imaginative. Idées de persécution : on sabotait son travail à l'usine, on se moquait de lui. Est sous la domination des judéo-anarchistes qui le forcent d'exécuter des mouvements de la tête. Est envoyé par la Préfecture de police pour surveiller l'Asile, correspond avec elle par des mouvements des yeux. Suggestibilité, variabilité des explications autour du même thème de méfiance et de soutien. Hallucinations psychiques. Même syndrome physique : praxies parasites, tics, instabilité, myoclonies. Abolition des réflexes tendineux aux membres inférieurs. Meinicke positif dans le sang. Possibilité d'encéphalite-syphilitique torpide. A maintenir. »

Au cours du séjour à Villejuif, le tableau clinique est resté à peu près le même. La communication par signaux n'apparaît que d'une façon intermittente, avec l'éréthisme moteur qui en constitue la matière. Le délire a évolué dans un sens nettement mégalomaniaque : le malade se croit le chef de la Sûreté. Depuis son passage à l'Infirmierie Spéciale, il s'est montré réticent. Le fait le plus digne de remarque est l'apparition d'un langage sans valeur symbolique, consistant en improvisations syllabiques imitant grossièrement les différentes langues, le plus souvent, l'allemand en une langue germanique, qu'il emploie quand il ne veut pas répondre, qu'il entremêle de mots français et qu'il termine souvent par les paroles suivantes : « Je ne veux rien accepter de vous » ou « je n'ai pas à vous répondre ».

Au point de vue physique et neurologique, le tableau est resté le même.

En résumé, il s'agit d'un homme de 40 ans, légèrement débile, alcoolique chronique, dont les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis, qui présente une réaction de Meinicke positive dans le sang, chez lequel évolue d'une façon patente depuis plus d'un an, une psychose hallucinatoire chronique, coupée de paroxysmes d'agitation. Au cours de ces paroxysmes, on observe diverses extériorisations motrices qui ne peuvent être considérées comme le simple prolongement des hallucinations verbales psychiques ou auditives. Il semble que ce soit un éréthisme moteur pur, autonome et primitif, dont le malade fait un moyen de communication par signaux et qu'il insère de cette façon dans le système du délire. Un peu plus tard, à cet éréthisme moteur silencieux mimant plus ou moins grossièrement la parole, s'est ajouté, et dans une certaine mesure substitué, un éréthisme pseudo-verbal, imitant des langues étrangères que le malade a entendu parler sans les comprendre, auquel il paraît attribuer la même origine étrangère et la même signification.

Ces faits montrent que, loin de représenter un mécanisme unique, l'hallucination motrice verbale doit être considérée comme une apparence ou une résultante, qui peut être réalisée par des processus différents. La forme toujours la même est l'idée d'une communication à distance du moyen de paroles imposées. La matière est variable : chez notre malade, l'éréthisme moteur pur et le savoir verbal extérieur ont été successivement exploités ; chez d'autres, l'hallucination parlée se constitue au moyen d'une excitation psychique et psychomotrice. Dans ce dernier cas, le processus idéo-verbal et moteur est généralement cohérent. Dans les autres, on peut constater, comme c'est le cas chez notre malade, une inadéquation plus ou moins marquée entre l'idéique, le verbal et le moteur.

Nous avons, l'un et l'autre, signalé le rôle de l'éréthisme moteur dans les psychoses hallucinatoires chroniques (1). Guiraud, en particulier, dans un cas de guérison d'une psychose d'apparence chronique, a décrit des phénomènes excito-moteurs, consistant en hypertonie avec secousses rythmiques de la tête et des membres. Ces extériorisations motrices coexistaient avec des troubles sensitifs que le malade transposait visuellement, des hallucinations gustatives et olfactives, des hallucinations

(1) GUIRAUD et LE CANNU : Symptômes primitifs et secondaires de la psychose hallucinatoire chronique. *Annales Médico-Psychologiques*, décembre 1929. — LOGRE et LAGACHE : Hallucinations verbales et respiration. *Annales Médico-Psychologiques*, février 1933.

auditives, des réponses aux voix faites dans un langage spécial caractérisé surtout par des néologismes et des itérations verbales.

Ce qui distingue le cas actuel du cas de Guiraud, c'est que les phénomènes excito-moteurs sont inclus dans le système de communication.

Ce fait est à rapprocher de ce qui se passe dans la paralysie générale, où les hallucinations parlées se réalisent souvent à la faveur de manifestations convulsives ou sub-convulsives dans le territoire du trijumeau, du facial et de l'hypoglosse.

Des possibilités d'utilisation du sérum humain normal en thérapeutique psychiatrique. (*Préparation et modes d'emploi*), par Pierre DOUSSINET et Elizabeth JACOB.

Le sang humain a été l'objet de nombreux essais thérapeutiques en pathologie mentale.

Les divers expérimentateurs ont invoqué tour à tour son action choquante, son action stimulante sur la nutrition, le rôle anti-infectieux ou anti-anémique de ses éléments cytologiques ; l'attention a été plus spécialement retenue par les propriétés quasi spécifiques qu'il semblait naturel de prêter au sang des convalescents de divers troubles mentaux.

Un certain nombre de publications ont été faites. La Société médico-psychologique est saisie périodiquement des résultats de ces tentatives qui sont dans l'ensemble très encourageants.

Ces travaux, et plus particulièrement ceux de Manet et Vire, de Carlo Ceni, Stocker et Vasiliu, de Donath, Fischer et Wagner, ceux plus récents de Mlle Pascal et Davesne, de MM. Capgras et Taquet, de M. Daussy, nous ont incités à rechercher le siège et la nature des éléments thérapeutiques du sang humain.

Nous avons été conduits de la sorte à préciser que les propriétés thérapeutiques dont le sang humain fait preuve dans les maladies mentales appartiennent à l'élément sérique.

Que ces propriétés ne sont pas l'apanage du sérum de convalescent, mais du sérum d'individus indemnes de troubles mentaux.

Ces essais nous ont conduits également à penser que l'activité du sérum humain normal n'était pas liée seulement à l'action choquante d'albumines rendues artificiellement hétérogènes, mais à des substances jusqu'alors mal définies dont la carence consti-

tuerait un des troubles humoraux essentiels de certaines maladies mentales.

Nous désirons exposer simplement quelques procédés pratiques d'utilisation du sérum humain normal, que deux années d'observation clinique attentive nous ont permis de mettre au point.

MM. Widal-Abrami et Brissaud avaient attiré l'attention, dès 1912, sur l'existence d'une auto anaphylaxie sérique. Ils en dénonçaient à cette époque les effets cliniques et laissaient entendre qu'il pouvait y avoir danger à pratiquer des injections intra-veineuses de sérum humain.

Ces faits, interprétés plus tard à la lumière de la colloïdoclasie, furent confirmés par d'autres expérimentateurs.

MM. Debré et H. Bonnet attirèrent à nouveau l'attention, il y a quelques années, sur les accidents secondaires à l'injection de sérum humain. Ce dernier, administré par voie sous-cutanée, se serait à plusieurs reprises montré susceptible de provoquer des accidents locaux et même généraux.

Par contre, Mayer, dont les premiers essais de traitement des toxémies gravidiques par le sérum de femme enceinte normale remontent à 1910, a toujours préconisé la voie intra-veineuse pour administrer des doses parfois supérieures à 20 cm³.

Ces notions communiquèrent néanmoins à nos premières tentatives une certaine hésitation qui disparut rapidement devant l'absence complète des réactions redoutées.

Nous avons, à l'heure actuelle, injecté par voie intra-veineuse près de 15 litres de sérum humain normal, nous n'avons jamais observé d'incidents regrettables, ce qui nous permet d'affirmer l'inocuité de nos techniques chez les malades mentaux.

**

Le recrutement des sujets susceptibles de fournir leur sang fut, pour nous, une difficulté facile à résoudre grâce à la grande compréhension que nous avons trouvée auprès de notre Maître M. Demay qui accepta l'idée de créer et d'annexer à son service un organisme nouveau chargé de sélectionner, de saigner et d'indemniser des donneurs de sérum. Il s'agit d'individus sains, hommes ou femmes, dont les antécédents pathologiques ne renferment aucune affection grave et qui jouissent d'un état d'équilibre physiologique estimé satisfaisant, remplissant en somme les conditions requises pour les donneurs de sang habituel.

Ces sujets sont appelés à donner leur sang à des dates fixes, régulières, qui ne sont modifiées qu'en cas de maladie.

En ce qui concerne les donneurs femmes, les dates sont établies de manière à être assez éloignées des règles. Il ne nous semble pas inutile de mentionner que ces saignées ne présentent aucun inconvénient pour la santé du donneur qui paraît même, dans certains cas, en bénéficier.

Deux précautions paraissent importantes pour la qualité du sérum, nous pratiquons la saignée de préférence le matin sur des sujets *reposés et à jeun* depuis quelques heures.

Le sang est recueilli aseptiquement par ponction veineuse et aspiré à l'aide d'un dispositif adéquat dans une éprouvette en verre gradué. Cela en l'absence de toute substance anti-coagulante, de tout produit modificateur.

Il peut être conservé à l'étuve à 37° à la *condition expresse* de n'y pas séjourner plus de 24 heures. Le sérum séparé du caillot rétracté est alors recueilli et utilisé *sur-le-champ*. Quand la durée du séjour à l'étuve dépasse ce laps de temps, le sérum ne paraît plus présenter les mêmes propriétés. C'est alors qu'il se comporte réellement comme une médication de choc, se montrant susceptible de provoquer des réactions violentes.

A cette technique très simple, nous préférons la suivante qui permet d'obtenir un sérum de valeur thérapeutique égale.

Dès qu'il est recueilli, le sang est soumis à une centrifugation assez vive (4.000 à 4.500 tours). Le plasma recueilli est réparti en ampoules qui sont immédiatement scellées. Il est ensuite soumis à 4 tyndalisations successives qui assurent une stérilisation suffisante.

Voici un certain nombre de ces ampoules.

Elles contiennent un liquide légèrement sirupeux, de couleur variable, jaune d'or le plus souvent, d'autres fois à reflets verdâtres. Cette différence de teinte qui ne permet de présumer nullement d'une différence de propriété, paraît pouvoir être considérée comme une caractéristique individuelle du donneur.

La conservation du sérum peut ainsi se faire à condition d'utiliser un verre neutre et teinté qui lui permet d'échapper à l'action des alcalis et de la lumière. Il garde ses propriétés pendant un temps qu'il nous est difficile de fixer avec précision, mais qui paraît s'étendre au delà de trois mois.

Après une période de tâtonnements, nous avons adopté la voie intra-veineuse pour l'administrer à nos malades. Elle est, à nos yeux, la meilleure voie d'introduction, celle qui donne les résultats les plus satisfaisants et les plus rapides. Pour sa simplicité, nous la préférons à la voie intra-rachidienne préconisée par M. Daussy.

Il convient, croyons-nous, de laisser le malade à jeun plusieurs heures avant l'injection et pendant 4 heures environ après.

Les doses qui nous ont parues les plus utiles sont de l'ordre de 10 à 20 cm³. Nous n'avons jamais trouvé avantage à dépasser cette dose, et nous lui préférons souvent une dose inférieure à 10 cm³, 6 à 8 cm³ par exemple.

Ces injections peuvent être pratiquées tous les jours ou tous les deux jours dans les troubles aigus, une injection tous les trois jours constitue d'une façon générale un traitement suffisamment actif et facilement supporté. Elles peuvent être espacées, faire l'objet d'une prescription hebdomadaire ou bi-mensuelle, par exemple. Cette méthode ayant l'avantage de mettre en évidence la stabilité de l'amélioration obtenue.

Ces données ne peuvent prétendre qu'à une valeur très schématique, les directives étant tirées pratiquement de l'observation attentive des réactions individuelles.

Dans l'ensemble, ce traitement est parfaitement toléré. Il ne provoque, chez la plupart des malades, que des réactions imperceptibles, à l'exception des maniaques.

**

Pendant quelque temps, nous avons considéré comme une contre-indication tout état d'excitation maniaque. Non seulement le sérum n'exerçait pas d'action sédative, mais d'une façon à peu près constante, il entraînait une exacerbation du syndrome.

Nous avons trouvé plus tard, dans les recherches de MM. Tinel et Santenoise, sur la susceptibilité de ces malades au choc protéinique, l'explication de ce phénomène déconcertant. Nous avons pensé à désalbuminer notre sérum au risque de le priver de ses substances actives. (Ce sujet fera d'ailleurs l'objet d'autres communications). Nous étions décidés à tenter une désensibilisation préalable par la méthode de Besredka, si les travaux de MM. Sicard et Paraf, de M. Brodin sur le rôle préventif des solutions salines ne nous avaient suggéré une autre technique.

Nous avons donc pratiqué des dilutions de sérum humain dans du sérum de Hayem ou du sérum physiologique. Ces solutions, au quart, au huitième, etc., poussées lentement dans la veine de nos maniaques exercèrent une action sédative nette sur leur agitation, et nous ont permis de faire bénéficier ces malades de la sérothérapie humaine.

**

On trouve dans les travaux antérieurs sur les avantages de la transfusion sanguine une notion très intéressante attribuant au sang humain le pouvoir de faciliter la tolérance des médicaments et d'augmenter leur activité. Nous avons à plusieurs reprises pu contrôler ces faits pour le sérum.

Nous avons cru, dès lors, logique d'utiliser le sérum humain comme un véhicule médicamenteux en lui associant des agents chimiques qui nous avaient paru, au cours de recherches antérieures, offrir quelque activité élective pour tel ou tel syndrome.

Ainsi utilisons-nous le mélange or collobiasique et sérum humain pour le traitement de certains états dépressifs ; le mélange sérum humain, soufre collobiasique pour le traitement des états maniaques et des syndromes hébéphréno-catatoniques.

Ces derniers essais sont encore à leur début. Les résultats satisfaisants que nous en avons obtenus nous autorisent néanmoins à en faire mention dès aujourd'hui.

Pour terminer notre exposé technique, nous devons signaler quelques contre-indications de ces diverses méthodes de traitement.

Il est préférable de suspendre le traitement pendant la durée des règles chez la femme. Dans la période pré-menstruelle, il paraît parfois exercer une action nocive qui tient selon toute vraisemblance à son pouvoir emménagogue qui précipite l'installation des règles, et à l'influence néfaste bien connue de ces dernières.

La fièvre n'est pas une contre-indication absolue. Il est fréquent au contraire que l'injection de sérum exerce une action favorable sur la courbe de température qui, sous son influence, redevient normale. Mais, d'une façon générale, le sérum est inutile et pourrait être nuisible dans les cas où la fièvre est en rapport avec l'évolution d'un syndrome organique à localisation viscérale évidente.

Nous relatons enfin l'influence aggravante du soufre sur l'hyperazotémie qui nous fait préférer au sérum soufré le sérum pur dont l'action thérapeutique est habituellement nette sur ce trouble.

BIBLIOGRAPHIE

- BRODIN. — Les accidents des injections intra-veineuses du sérum thérapeutique. Possibilité de les atténuer par adjonction de chlorure de sodium. *Presse Médicale*, 10 novembre 1920..
- CATOLA. — Epilepsie et sérothérapie. *Revue Neurologique*, 1904.
- CARLO CENI. — Propriétés toxiques et thérapeutiques du sérum du sang des

épileptiques et ses applications pratiques. *Rivista sperimentale di frenatria*, 1901, t. 27.

CARLO CENI. — Sérothérapie de l'épilepsie. *Medical News*, 1902, t. 80.

CAPGRAS et TAQUET. — Traitement d'états dépressifs par la transfusion sanguine. *Soc. Médico-Psychologique*, 11 février 1932.

H. DAUSSY. — Transfusion du sang et du sérum de convalescent intra-rachidien en thérapeutique mentale. *Soc. Médico-Psychologique*, 22 mai 1933.

GRASSET. — *Thérapeutique des maladies du système nerveux*. Doin, 1907, p. 460.

KOPACZEWSKI. — *Pharmacodynamie des colloïdes*, t. II, p. 33 et 34.

MANET et VIRE. — Cités par Guillermin. *Thèse de Paris*, 1923.

NATHAN-LARRIER. — *Traité de Microbiologie*. Doin, 1931.

PASCAL et DAVESNE. — Thérapeutique sanguine dans les psychoses. *Presse Médicale*, 22 août 1925.

— *Traitement des maladies mentales par les chocs*. Masson, 1926.

J.-A. SICARD et PARAF. — Anticollœdoclasie par le carbonate de soude intra-veineux. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp.*, 14 janvier 1921.

WENDE. — Contribution à la sérothérapie de l'épilepsie par la méthode de Ceni. *Revue Neurologique*, 1904, p. 308.

WIDAL-ABRAMI et BRISSAUD. — 13^e Congrès français de Médecine. Paris, octobre 1912, in *Presse Médicale* du 29 octobre 1912.

— L'auto-anaphylaxie. *Semaine Médicale*, 24 décembre 1913.

— Considérations générales sur la protéinothérapie et le traitement par le choc collœdoclasique. *Presse Médicale*, 5 mars 1921.

Données cliniques sur la valeur thérapeutique du sérum humain normal. (Présentation de courbes et de graphiques),
par M. G. DEMAY, M^{lle} E. JACOB et M. P. DOUSSINET.

Une expérimentation déjà importante nous a permis de dégager d'un grand nombre de faits les traits cliniques les plus caractéristiques de l'activité thérapeutique du sérum humain.

Nous nous bornerons à donner ici un aperçu de cette action. Nous essaierons ultérieurement d'en préciser le mécanisme. Un certain nombre de recherches actuellement en cours nous ont confirmé la complexité du problème.

L'injection intra-veineuse de sérum humain normal, aux doses habituellement utilisées de 10 à 20 cm³, pratiquée avec les précautions requise, ne s'accompagne, dans la règle, d'aucune manifestation clinique immédiate appréciable. Dans quelques cas cependant, surtout lorsque l'injection a été poussée un peu vite, on peut noter, dans le quart d'heure qui suit, de légers signes de choc : pâleur, frisson léger et passager ; dans quelques cas aussi, la température peut esquiver, dans les heures qui suivent, un

léger crochet thermique à 38°. Cette dernière éventualité est rare. Dans la très grande majorité des cas, l'injection ne provoque aucun signe clinique objectif, aucune sensation subjective immédiate, aucune modification thermique comme en attestent nos courbes de température.

Elles donnent des graphiques stables et normaux pendant toute la durée du traitement jusqu'à la rémission, lorsque cette dernière en est l'aboutissant.

La recherche systématique des stigmates de la crise vasculo-sanguine, par prélèvements opérés de 5 en 5 minutes après l'injection, montre que, probablement constante, elle est la plupart du temps très atténuée.

Action sur les troubles organiques. — Les effets thérapeutiques proprement dits doivent être envisagés d'abord sur les troubles organiques et sur l'état général. On connaît la grande fréquence de certains troubles somatiques associés aux psychoses et la conception des syndromes psycho-somatiques attribuant une origine et une pathogénie analogue à chacun des éléments qui constituent le complexe morbide.

Parmi ces troubles, l'*oligurie* et l'*hyperazotémie* qu'elle conditionne souvent se montrent favorablement influencées dans la presque totalité des cas que nous avons observés.

Il en est de même de la *cétose* sur laquelle l'injection intraveineuse de sérum exerce une efficacité remarquable, celle-ci disparaissant dès la première injection, si elle est légère, en quatre à cinq jours si elle est importante.

Très intéressante aussi est l'activité dont le sérum humain fait preuve vis-à-vis des *troubles de la menstruation*. Sous l'influence de ce traitement, les dysménorrhées s'amendent, les règles se régularisent, des aménorrhées parfois très anciennes disparaissent. Nous avons réuni quelques observations qui ne laissent aucun doute sur la réalité de cette action. Il convient de noter qu'une fois rétabli, le rythme des menstrues persiste souvent en l'absence de traitement et longtemps après (obs. n°s 1, 2, 5, 7).

Cette propriété n'est pas l'apanage de quelques sérums, elle paraît indépendante de certaines caractéristiques du donneur; notamment de son âge et de son sexe, de l'activité de certaines de ses endocrines. C'est ainsi que le sérum de femme recueilli dans l'intervalle des menstrues ou pendant les règles, et celui de femme ayant atteint la ménopause ou subi la castration chirurgicale ont montré la même activité.

Il est enfin tout un ensemble de troubles organiques difficilement décelables qui conditionnent l'altération de l'état général si fréquent en pathologie mentale. L'utilité du sérum est ici manifeste. Sous son influence, les malades retrouvent leur *appétit*, leur *sommeil* et reprennent du *poids*.

Les graphiques sont à ce sujet très évocateurs : montrant dans les cas les moins favorables, *l'arrêt d'une chute de poids et la stabilisation de la courbe* ; attestant le plus souvent d'une reprise marquée par une ascension rapide et progressive.

Action sur les troubles psychiques élémentaires. — Un deuxième groupe de faits nous est fourni par les modifications qu'apportent dans l'état mental la disparition de certains troubles psychopathiques élémentaires, telles *certaines manifestations confusionnelles ou oniriques, et certains symptômes négativistes, dont le refus d'aliments, l'oppositionnisme, le gâtisme, le mutisme* même, qui, dans de nombreux cas, peuvent être rationnellement rapportés à des désordres viscéraux.

Ainsi nous avons vu s'évanouir, parallèlement à la rétention azotée, *l'instabilité, l'irritabilité* communes à certains syndromes confusionnels. D'autres fois, l'oppositionnisme et le refus d'aliments disparaissent en même temps que la cétose.

Souvent enfin, *c'est tout le syndrome négativiste ou confusionnel qui cède* avec l'ensemble de ses éléments constitutants, dévoilant un affaiblissement intellectuel ou affectif ignoré jusque-là.

Ce sont là des effets habituels et quasi constants de la sérothérapie humaine pratiquée dans les conditions qui ont été indiquées.

Il convient de noter la *rapidité* avec laquelle cette activité s'exerce. Trois à quatre injections suffisent d'ordinaire à ramener à la normale une hyperazotémie, à faire disparaître une cétose importante et les troubles divers qu'elles conditionnent.

La régularité de cette action en fait une thérapeutique, en quelque sorte spécifique, de troubles qui sont susceptibles sans doute de s'amender spontanément, mais jamais aussi rapidement.

D'autres modes de traitement, la pyrétothérapie, par exemple, peuvent exercer une influence favorable sur les troubles qui nous occupent.

L'expérience nous a appris que cette action était très inconsistante, qu'elle était parfois susceptible d'exagérer passagèrement

les troubles et de provoquer, à l'inverse de la sérothérapie, l'altération de l'état général.

L'action du sérum humain apparaît plus sûre, moins brutale et ses possibilités sont beaucoup plus étendues.

Action sur le syndrome mental. — L'activité thérapeutique du sérum humain s'exerce encore sur le syndrome mental proprement dit.

Nos premiers essais ont porté sur des *confus* et sur des *mélancoliques*. Nous avons ensuite étendu la méthode à un très grand nombre de cas dans le but de dégager ses possibilités et de préciser ses indications.

Nous pensons actuellement que son application peut être utilement faite, en dehors de la confusion et des états dépressifs, dans les *syndromes maniaques* et l'*hébéphrénocatatonie*.

Nous manquons toutefois de données objectives précises permettant de poser l'indication formelle du traitement et de prévoir le résultat qu'il convient d'en attendre. Deux syndromes cliniquement analogues peuvent se montrer différents en face de la thérapeutique qui permet seule la discrimination.

Nous apportons quelques observations qui nous paraissent caractéristiques de l'activité du sérum humain ; la plupart se rapportent à des cas où le traitement aboutit à la disparition complète des symptômes morbides permettant la reprise de l'activité sociale. L'une d'elles (obs. n° 6) concerne une démente précoce ancienne, où le résultat obtenu, bien qu'incomplet, nous paraît cependant remarquable et susceptible de s'accroître ultérieurement.

OBS. N° 1. — Mme Peu..., 30 ans, entre à Maison-Blanche le 12 juin 1933.

Etat mélancolique avec anxiété. Instabilité motrice ; idées d'auto-accusation ; craintes immotivées au sujet de ses enfants ; hantise de la mort. Ralentissement psychique.

Amaigrissement ; alimentation difficile ; aménorrhée ; acétonurie nette ; urobilinurie ; azotémie : 0,27 p. 1.000. Liquide céphalo-rachidien normal ; Bordet-Wassermann dans le sang négatif.

Mononucléose (59 % mononucléaires, dont 53 % lymphocytes). Un accès dépressif antérieur, à l'âge de 20 ans.

Hérédité : une sœur internée, une autre arriérée.

Le 21 juin. — Injection de 20 cm³ de sérum humain intra-veineux. Dès le lendemain, la malade est un peu plus calme, elle est surtout moins bradypsychique et extériorise avec plus de facilité ses idées délirantes. L'acétonurie a disparu, l'urobilinurie persiste.

23 juin. — 10 cm³ de sérum humain et d'or colloïdal. L'anxiété, les idées délirantes persistent, mais le sommeil est meilleur.

28 juin. — 10 cm³ de sérum humain + or.

29 juin. — Un peu plus calme, reste au lit.

4 juillet. — 10 cm³ de sérum humain + or.

6 juillet. — La malade est levée. L'instabilité motrice a disparu, la tristesse persiste dans l'attente morne d'une punition, « pour des fautes non-commises ».

10 juillet. — 10 cm³ de sérum humain + or. Aspect physique transformé, expression reposée ; une certaine activité est recouvrée (s'occupe de travaux de couture). Absence d'anxiété, mais croyance aux idées délirantes. La malade est maintenant en état de nous expliquer les effets éprouvés par chaque injection : sitôt après la piqûre, elle a des frissons et éprouve une vague sensation de malaise général. Aucune modification de la température n'a jamais été notée.

17 juillet. — 10 cm³ de sérum humain + or. L'amélioration s'accroît, spontanément la malade accuse un mieux-être. L'activité est régulière, mais les idées délirantes persistent. L'urobilinurie a définitivement disparu. Le traitement est alors suspendu : au total, 70 cm³ de sérum humain ont été injectés. L'amélioration continue à s'accroître, peu à peu l'état dépressif se dissipe, les idées délirantes deviennent de plus en plus inconsistantes, vagues, pauvres. La courbe de poids commence son ascension qui s'accroîtra progressivement.

18 août. — Rémission complète au point de vue mental et au point de vue organique qui se lit sur la courbe de poids, la courbe urinaire, les examens sanguins, les formules leucocytaires maintenant normales : 67 % polynucléaires.

28 octobre. — Mme Peu..., gardée jusque-là en observation à l'Asile, sort complètement guérie ; elle a repris 6 kgr. 500 pendant le traitement, et la fonction menstruelle s'est rétablie normalement. Nous savons qu'elle a depuis recouvré au dehors une activité tout à fait normale.

OBS. N° 2. — Mme Pa..., 29 ans.

Etat dépressif avec paroxysmes anxieux. Idées d'auto-accusation ; propos mystiques ; inactivité. Dysménorrhée, léger goître. Liquide céphalo-rachidien normal. Bordet-Wassermann dans le sang négatif.

Début paraissant remonter à avril 1933. Internée à Maison-Blanche le 22 août 1933.

Pendant les premières semaines, la malade est déprimée, mais n'a pas de ralentissement idéo-moteur. Elle a présenté une crise d'anxiété et maigrit régulièrement.

19 septembre. — Première injection de 6 cm³ de sérum humain intra-veineux. Le lendemain, la malade nous dit que, pour la première fois depuis qu'elle est ici, elle a très bien dormi, spontanément encore, elle accuse comme une « stimulation » provoquée par l'injection.

25 septembre. — 6 cm³ de sérum humain.

28 septembre. — L'état dépressif s'atténue, l'activité réapparaît. Les règles qui habituellement s'accompagnaient de petites crises anxieuses ont été très bien supportées.

29 septembre. — 10 cm³ de sérum humain. Cette dose, trop forte pour la malade, amène, dès le lendemain, une rechute avec anxiété marquée et idées d'auto-accusation. Le traitement est alors repris aux doses habituelles de 6 cm³ tous les 6 jours.

11 octobre. — La malade a été à nouveau favorablement influencée par le sérum, il ne persiste de l'état dépressif qu'une certaine tristesse morbide. L'activité est régulière.

24 octobre. — Les crises d'anxiété ne se sont plus reproduites, la malade n'extériorise plus aucune idée délirante et s'occupe normalement. Elle est gardée encore en observation à l'Asile, toujours soumise au même traitement.

28 novembre. — L'état mental s'est maintenu satisfaisant, les règles sont devenues régulières et ne s'accompagnent plus d'aucun phénomène anxieux.

2 décembre 1933. — Mme Pa... peut quitter Maison-Blanche. Nous avons reçu récemment de ses nouvelles ; la guérison s'est maintenue.

Obs. n° 3. — Mlle Thérèse..., 31 ans.

Accès maniaque atypique. Excitation, propos incohérents alternant avec de longues périodes de mutisme, rires immotivés, maniérisme. Liquide céphalo-rachidien normal. Bordet-Wassermann dans le sang négatif.

Deux internements antérieurs.

1^{er} juillet 1933. — Entrée à Maison-Blanche.

9 juillet. — Première injection de 6 cm³ de sérum humain dilué intra-veineux, dont le premier effet se manifeste sur le sommeil.

10 juillet. — Deuxième injection de 10 cm³ de sérum dilué.

15 juillet. — Troisième injection de 15 cm³ de sérum pur. L'état mental se modifie progressivement.

24 juillet. — La malade entre en rémission. Le traitement est alors interrompu.

12 août. — La suspension des injections de sérum humain a entraîné une rechute caractérisée par la reprise de l'agitation avec désordre des actes, incohérence des propos, rires fréquents et immotivés.

7 septembre. — L'état mental ne s'est pas modifié spontanément : alternatives de périodes d'excitation psycho-motrice et de mutisme. Reprise du traitement : 10 cm³ de sérum humain intra-veineux.

Le 12 septembre : 10 cm³ ; le 19 septembre : 5 cm³ ; le 26 septembre : 10 cm³.

1^{er} octobre. — L'amélioration se précise. Le comportement est très modifié. La malade présente de longues périodes de calme, elle s'exprime correctement et s'excuse des grossièretés qu'elle a pu commet-

tre. Elle a recouvré un appétit et un sommeil normaux. Elle recevra désormais régulièrement tous les 6 jours 5 cm³ de sérum.

15 octobre. — Rémission complète. Mlle Thérèse... est gardée en observation à l'Asile où elle travaille régulièrement. Elle est soumise à un traitement d'entretien par le sérum et sort complètement guérie le 30 novembre 1933. Nous l'avons revue récemment ayant repris des occupations normales.

Obs. n° 4. — Mme Le..., âgée de 45 ans, entre à l'Asile de Maison-Blanche, le 6 octobre 1933, pour un état maniaque aigu, symptomatique de psychose intermittente, ayant débuté quelques jours auparavant (3 internements antérieurs).

A l'entrée : agitation motrice, désordre des actes, cris, sarcasmes, fuite des idées, mobilité d'humeur, hostilité, insomnie. Azotémie : 0,80 ; acétonurie.

A partir du 18 octobre, elle est traitée par les injections intraveineuses de sérum humain. Amélioration après la troisième injection, c'est-à-dire le 5 novembre. La malade est un peu plus calme, son excitation est intermittente, surtout réactionnelle, elle dort mieux. L'acétonurie a disparu. L'azotémie est normale.

Le 15 novembre 1933 : l'agitation motrice a complètement disparu, il ne persiste qu'une légère excitation psychique.

Extériorisation, dès lors, d'idées d'influence, d'idées d'empoisonnement.

En décembre, la malade, toujours en traitement, est passée dans un pavillon de travailleuses. Elle apprécie le caractère pathologique des troubles antérieurs et la sortie pourra être prochainement envisagée.

Obs. n° 5. — Mme So..., 28 ans.

Entrée à Maison-Blanche le 22 avril 1933.

Excitation maniaque : logorrhée ; fuite des idées ; désordre des actes ; variabilité de l'humeur : euphorie alternant avec de l'irritabilité. Aménorrhée, insomnie, mydriase, polynucléose : 76 % ; les autres examens pratiqués sont restés négatifs.

28 mai 1933. — Première injection de 2 cm³ de sérum humain soufré dilué au 1/4.

Pendant les mois de juin et juillet, des injections sont pratiquées tous les six jours.

Ces doses, trop faibles et trop espacées, n'amènent que des modifications passagères de l'état mental : périodes de calme momentané en rapport généralement avec l'injection ; modification de l'humeur : apparition d'une certaine tristesse variable et intermittente. Mais l'état général s'améliore, la courbe de poids esquisse son ascension. Le traitement doit être momentanément suspendu. L'état de la malade reste à peu près stationnaire.

7 septembre. — Le traitement est repris : 4 cm³ sérum soufré dilué au 1/4.

Ces nouvelles doses amènent rapidement la transformation de la malade : l'agitation motrice a disparu, seule l'excitation psychique persiste, une certaine activité retrouvée est cependant encore désordonnée.

21 septembre. — Le lendemain d'une injection de sérum, apparition des règles après une période d'aménorrhée de plusieurs mois qui avait résisté aux injections d'hormovarine.

Dès lors, l'état général continue à s'améliorer, ce dont attestent la courbe de poids et les divers examens biologiques montrant le retour à la normale. Parallèlement, les manifestations mentales pathologiques du début disparaissent progressivement.

Le 15 octobre. — L'état est très satisfaisant et se maintiendra tel jusqu'à la sortie, le 2 décembre.

Obs. 6. — Mlle Carmen..., 24 ans.

Démence précoce de type hébéphrénocatatonique : mutisme ; négativisme ; gâtisme ; réactions violentes ; stéréotypies de grattage, allant jusqu'à déterminer de véritables plaies ; indifférence ; aménorrhée ; amaigrissement ; mononucléose : 48 %. Liquide céphalo-rachidien normal. Bordet-Wassermann dans le sang négatif.

Début remontant à deux ans.

20 juin 1933 : 20 cm³ de sérum humain ; *24 juin :* 10 cm³ ; *28 juin :* 25 cm³ ; *3 juillet :* 10 cm³.

Des modifications sont alors décelables chez cette malade : elle s'éveille, paraît s'intéresser à l'entourage, elle est beaucoup moins résistante, mais le mutisme persiste.

7 juillet : 10 cm³ sérum humain ; *14 juillet :* 15 cm³.

Dès lors, l'amélioration s'accroît progressivement. La malade est levée, se promène dans le jardin, elle parle un peu, surtout à son père, de façon correcte, et n'exprime aucune idée délirante. Elle s'occupe maintenant à quelques travaux de couture.

Au moment de cette véritable transformation, le traitement doit être suspendu momentanément pendant un mois.

En l'absence d'injections de sérum humain, peu à peu des signes de rechute apparaissent et en un mois, la malade est retombée dans son mutisme avec négativisme et doit être gardée au lit, le plus souvent en maillot.

7 septembre : le traitement est repris : 10 cm³ sérum humain ; *12 septembre :* 15 cm³ ; *16 septembre :* 15 cm³ ; *23 septembre :* 15 cm³ ; *27 septembre :* 15 cm³.

A nouveau, l'état mental et physique se transforme : le faciès est reposé, la mimique est adaptée, la malade sort de son mutisme. Les injections sont alors poursuivies régulièrement tous les 6 ou 7 jours, aux doses moyennes de 10 cm³.

18 octobre. — L'amélioration se poursuit régulièrement et progressivement : disparition du mutisme, atténuation marquée de l'ensemble du syndrome négativiste.

7 octobre. — Reprise d'une certaine activité : courses avec les infirmières ; quelques travaux faciles de couture. Conversation adéquate et correcte. Augmentation de poids de 5 kgr. depuis la reprise du traitement.

Il s'agit ici d'un syndrome évoluant depuis deux ans au moins, qui s'est nettement modifié sous l'influence du traitement. Non seulement l'état général s'est heureusement transformé, mais le négativisme, le gâtisme, les réactions violentes ont disparu.

A l'heure actuelle, l'activité ne se manifeste encore que de façon intermittente et fragmentaire.

OBS. N° 7. — Mlle Juliette..., 20 ans. Entrée à l'Asile de Maison-Blanche le 12 mars 1933.

Démence précoce à début de type maniaque. Excitation ; désordre des actes. Variabilité de l'humeur ; alternatives de gaité et de maussaderie. Incohérence et absurdité des propos. Mimique discordante ; rires immotivés. Indifférence apparente. Malpropreté ; gâtisme urinaire. Insomnie.

Légère anémie et légère leucopénie : 3.664.000 globules rouges, 5.000 globules blancs. Polynucléose : 71 %. L'examen interférométrique décèle une insuffisance hypophysaire et ovarienne. Liquide céphalo-rachidien normal. Bordet-Wassermann négatif dans le sang. Azotémie = 0,40. L'examen des urines ne montre que des traces d'acétone et d'urobiline. Le dosage des chlorures urinaires est normal : 13 gr. par litre.

17 mars 1933. — Injection sous-cutanée de 5 cm³ d'huile soufrée à 1 p. 200. Mais, dès la première injection, ce traitement doit être abandonné ; mal supporté, il a déclenché une cascade de manifestations pathologiques : angine, diarrhée avec crochet fébrile qui cède en quelques jours.

25 mars. — Brusquement, anurie complète pendant 3 jours.

30 mars. — Une oligurie marquée persiste avec pyurie, acétonurie marquée, urobilinurie ; l'azotémie est montée à 0 gr. 55. Le même jour : état lipothymique de courte durée.

9 avril. — Apparition d'un abcès de la région sous-maxillaire avec température élevée pendant 8 jours. Toute cette série de troubles organiques n'a en rien modifié l'état mental : l'agitation est très marquée et continue, nécessitant le maintien dans un maillot, cris, chants, propos incohérents alternant avec des périodes de mutisme. Ambivalence, rires explosifs immotivés. Attitude indifférente. Amaigrissement marqué. Divers traitements essayés n'amènent aucune sédation de ces diverses manifestations mentales.

31 mai : première injection de 6 cm³ de sérum humain pur bien

supporté ; 8 juin : 10 cm³ de sérum humain ; 9 juin : légère modification dans l'expression de l'agitation qui est surtout motrice et moins désordonnée.

13 juin. — Depuis la première fois depuis son entrée dans le service, la malade est capable de nous faire quelques réponses adéquates et coordonnées. L'agitation persiste.

20 juin. — 8 cm³ de sérum humain.

22 juin. — L'état mental est transformé : la malade est levée et s'occupe tranquillement à un travail de couture. Elle a retrouvé le goût de la coquetterie ; ses réponses sont adaptées, mais il persiste des éclats de rires immotivés.

27 juin. — 13 cm³ de sérum humain.

2 juillet. — Elle a demandé à sa famille des travaux à exécuter et des livres. Elle est calme, gardant par intervalles un demi-mutisme.

3 juillet. — 10 cm³, sérum humain.

4 juillet. — Toujours calme.

6 juillet. — Petite crise d'excitation, court dans le jardin, se précipite sur les grilles. Attitude maniérée, hostile à l'interrogatoire.

7 juillet. — 10 cm³, sérum humain.

8 juillet. — A nouveau calme, s'occupe à un travail de couture.

12 juillet. — 10 cm³, sérum humain. L'amélioration s'accroît ; tout à fait calme, la malade retrouve peu à peu le contact de la vie réelle, extériorise une certaine affectivité sans avoir encore la possibilité d'expliquer, de prendre conscience de l'état pathologique passé. Pas d'idées délirantes ni d'hallucinations. Elle travaille dès lors à peu près régulièrement.

17 juillet : 10 cm³, sérum humain ; 21 juillet : 10 cm³, sérum humain.

22 juillet. — La malade entre en rémission. Le traitement par le sérum est alors arrêté.

20 août. — Comportement normal. Activité régulière aux ateliers. Oubli du début des troubles mentaux et absence de curiosité concernant tout cet épisode pathologique que Mlle J... est incapable d'expliquer.

3 septembre. — L'état mental continue à être très satisfaisant tandis que l'aspect physique s'est transformé, reprise de poids de 12 kgr., et que les troubles dysménorrhéiques caractérisés par de l'oligoménorrhée avec aménorrhée intermittente ont complètement cédé. La sortie peut dès lors être envisagée.

Modalités des effets thérapeutiques. — Le caractère le plus remarquable de ce traitement est, à nos yeux, la *progressivité de son action curative*. Dans la règle, les divers éléments du syndrome s'atténuent peu à peu au lieu de disparaître brusquement. Ce sont d'abord les troubles organiques associés, puis les

troubles psychiques élémentaires, cette amélioration aboutissant à une restauration de l'état général.

Les troubles mentaux proprement dits disparaissent en dernier lieu et encore selon un mode progressif. Ils s'atténuent le plus souvent dans un premier temps, s'évanouissent ensuite. On croit que le malade est guéri, mais si l'on arrête le traitement, ils s'installent à nouveau, redisp paraissent à la reprise des injections qui doivent être poursuivies un certain temps. L'amélioration survient enfin et peut être jugée définitive lorsqu'elle persiste en l'absence de sérothérapie.

Il n'en est pas toujours ainsi ; il n'est pas exceptionnel de noter l'*installation brusque d'une rémission*.

Parfois l'action progressive s'est manifestée comme à l'ordinaire, puis, un beau jour, sans rapport apparent avec la dernière injection, une amélioration brusque se produit ; elle peut être complète. Dans d'autres circonstances, elle n'est que partielle et se parachèvera dans la suite.

Il est une autre éventualité qui mérite d'être mentionnée : celle où l'action progressive du traitement aboutit à une *rémission qui coïncide avec l'installation d'un syndrome infectieux quelconque*. On assiste alors à la production d'un balancement typique. Cette question sera d'ailleurs reprise dans une thèse en préparation.

Valeur du traitement. — Après nous être efforcés de donner une description analytique des effets de ce traitement, de relever les modalités cliniques de leur production, nous voudrions tenter d'en préciser la valeur pratique.

Dans de nombreux cas, cette valeur paraît être celle d'une thérapeutique symptomatique : l'injection de sérum fait disparaître les troubles, mais pour un temps relativement court, et doit être répété périodiquement pour éviter leur retour.

Il en est toujours ainsi au début du traitement, ce dernier devant être poursuivi à cette époque régulièrement et sans interruption.

Ce stade de l'action thérapeutique se prolonge plus ou moins longtemps suivant les cas ; il est d'autant plus bref que le syndrome est plus léger ou plus favorable. Lorsqu'il est dépassé, c'est que l'évolution de la maladie se fait vers la guérison.

Quelle peut être alors l'action générale du sérum ? Il semble qu'elle ait pour effet de faciliter la réaction organique salutaire et c'est alors qu'elle se présente véritablement comme une action curative.

Nous n'ignorons pas combien il est difficile d'affirmer que l'évolution favorable d'un syndrome mental peut être attribuée à l'action thérapeutique d'une médication. Nous croyons que peuvent être légitimement invoquées de nombreuses causes d'erreur et qu'une grande prudence est indispensable.

Il est cependant, nous semble-t-il, en faveur de ce mode de traitement quelques arguments sérieux, sans parler des statistiques actuellement prématurées.

Nous en trouvons un d'abord dans la *progressivité de l'action thérapeutique*. Lorsque l'on peut observer pendant plusieurs semaines la marche progressive et continue vers l'amélioration, le rôle de la thérapeutique ne saurait échapper. Il ne peut plus être mis en doute lorsque cet effet se reproduit de façon régulière pour des malades différents, alors que ce n'est pas là le mode habituel des rémissions spontanées.

Un autre argument nous paraît contenu dans ces cas d'observation courante où *l'arrêt prématuré du traitement entraîne une recrudescence des troubles qu'une reprise des injections de sérum suffit à faire disparaître*.

En ce qui concerne les « Périodiques », dont la durée des accès précédents ne peut toujours être établie avec exactitude, dont les accès sont souvent d'ailleurs variables dans leur intensité et leur durée, l'action curative du traitement est plus difficile à établir.

Les ressources de la clinique offrent la possibilité de réaliser des cures qui présentent parfois la valeur d'une véritable expérimentation. C'est le cas, croyons-nous, d'un malade dont M. Tinel a bien voulu relater l'observation et chez lequel l'action favorable du sérum paraît évidente.

M. René CHARPENTIER. — Pour souligner l'intérêt de ces essais thérapeutiques, je désirerais savoir si, en présence d'un malade atteint de psychose périodique *avec périodicité régulière* de crises de durée et d'intensité à peu près égale, le traitement indiqué par les auteurs supprime totalement la crise périodique. Ces cas-là, assurément moins fréquents que les cas de psychose maniaco-mélancolique dans lesquels les crises récidivent à intervalles variables, sont cependant suffisamment fréquents pour servir à une démonstration d'une valeur particulière. Les auteurs nous disent qu'ils en ont l'impression. La démonstration du fait serait particulièrement importante.

M. Xavier ABÉLY. — Je signale que chaque fois que j'ai, à un malade en état d'excitation, injecté dans un but thérapeutique du sang de malade en état de dépression, ou que j'ai inversement injecté du sang de malade excité à un malade déprimé, je n'ai obtenu aucun résultat.

M. DEMAY. — Nous n'apportons ici rien de péremptoire. Nous savons que les accès de psychoses périodiques sont, de par leur nature, destinés à disparaître d'eux-mêmes. Nous reconnaissons que la méthode est très délicate, qu'il y a beaucoup de difficultés à se procurer des donneurs, à garantir leur santé, à stériliser le sérum. Mais néanmoins, nous pouvons affirmer que l'injection de sérum humain paraît être réellement efficace dans certains cas, et sur les troubles organiques, et sur la confusion, et sur le gâtisme. Bien entendu, elle ne modifie pas le fonds mental, les déments restent déments, mais c'est bien quelque chose de calmer l'agitation, de dissiper la confusion, d'arrêter le gâtisme.

Crise-maniaco-dépressive traitée par les injections intraveineuses de sérum humain, par M. J. TINEL et M^{lle} E. JACOB.

L'intérêt du malade que nous présentons aujourd'hui est surtout, nous semble-t-il, d'ordre thérapeutique.

Voici, en effet, un jeune homme de 28 ans qui, entre 19 ans et 23 ans, a présenté trois crises graves de psychose maniaco-dépressive, un peu atypiques du reste, crises dont les deux dernières, traitées à l'hôpital Henri-Rousselle, ont duré respectivement 7 mois et 5 mois. Débutant, en général, par une courte phase anxieuse, avec obsessions presque délirantes d'une contamination syphilitique, ces crises se caractérisaient ensuite par un état d'excitation maniaco-confusionnelle violente qui a nécessité chaque fois la mise en cellule et l'application de la camisole pendant plusieurs semaines ; cet état d'agitation était interrompu par de longues phases de stupeur confusionnelle avec mutisme et négativisme complets.

Il ne s'était écoulé, chaque fois, entre les crises, qu'un intervalle de 12 à 15 mois et le pronostic semblait vraiment devoir être assez sombre pour l'avenir du malade.

Cependant, depuis la dernière crise, terminée en septembre 1928 jusqu'à décembre 1933, pendant 5 ans, par conséquent, il a été possible, grâce à un traitement préventif régulièrement suivi, de maintenir le malade en excellente santé ; il a pu se

marier, passer le concours de jardinier à la ville de Paris, avoir deux enfants, résister au chagrin de la mort d'un enfant (broncho-pneumonie), sans présenter autre chose que de rares et courtes phases d'énervement ou d'anxiété, enrayées chaque fois rapidement par quelques piqûres de peptone et d'auto-hémothérapie.

En octobre 1933, une menace de crise, plus sérieuse, avec le retour des obsessions délirantes habituelles de contamination syphilitique, nécessite un traitement plus prolongé d'une quinzaine de jours; mais elle est encore arrêtée sans que le malade ait dû même quitter son travail.

Vers le 8 décembre 1933, une nouvelle crise commence : retour des obsessions, alternatives d'énervement et d'anxiété; interprétation délirantes, colères et actes de violence. Le traitement habituel semblait, au bout de quelques jours, parvenir à enrayer cette crise, lorsque la mort subite de la grand'mère du malade provoque brusquement l'explosion aiguë d'un accès maniaque pour lequel il est amené, dès le lendemain, à Henri-Rousselle.

On substitue alors, au traitement déjà suivi, les injections intraveineuses de sérum humain, et le 25 décembre, 7 jours après l'entrée, le malade, très amélioré, peut être replacé dans la salle commune; le 15^e jour, on peut dire que l'accès maniaque est vraiment terminé et la sortie est envisagée pour demain, après 24 jours de séjour à l'hôpital.

Nous savons tous évidemment quelle est la variabilité extrême des crises que peuvent, au cours de leur vie, présenter certains de ces malades. Rien n'est plus difficile que de formuler un jugement sur les résultats d'une thérapeutique.

On ne peut cependant, dans un cas semblable, s'empêcher de comparer la violence, la longue durée et les caractères de gravité que présentaient les crises antérieures, ainsi que leur répétition successive après quelques mois de période intercalaire — avec la longue rémission de 5 ans qui s'est déroulée depuis 1928 et surtout, avec la guérison rapide du dernier accès présenté. Il s'en dégage vraiment une impression d'efficacité thérapeutique qui réclame évidemment la confirmation par l'évolution ultérieure et la confrontation avec beaucoup d'autres cas. Mais cette observation nous paraît vraiment confirmer à tel point l'étude de plusieurs autres semblables, qu'il nous paraît utile de la présenter, en insistant particulièrement sur les procédés thérapeutiques qui ont été employés.



OBSERVATION. — Robert O..., 28 ans, fils unique d'un ménage de cousins issus de germains. Excellente santé physique. Aucun antécédent héréditaire net. Sujet nerveux, un peu excité, coléreux.

Première crise. — En mai 1925, à l'Ecole de Grignon, à la suite de quelques brimades, d'une éruption urticarienne sur l'épigastre, et des moqueries de ses camarades qui l'accusent d'avoir contracté la syphilis, éclate la première crise nette. Grande agitation anxieuse pendant plusieurs jours, puis longue période de dépression, avec un peu d'inertie et de stupeur, entrecoupée de quelques bouffées d'excitation coléreuse. Il a dû passer plusieurs mois à la campagne.

Deuxième crise. — Il peut reprendre en octobre 1925 les cours de Grignon ; travaille très bien ; notes excellentes. Mais, vers la fin de juillet 1926, toujours à la suite de quelques discussions ou moqueries, s'installe en quelques jours un état d'agitation anxieuse avec obsession de la syphilis, qui fait rapidement place à un état maniaco-confusionnel nécessitant son entrée à Henri-Rousselle, le 5 août 1926.

A l'arrivée, « état confusionnel ; regard égaré, désorientation ; agitation diurne et nocturne incessante ; marche de long et large dans sa cellule, déchire son linge, éventre le matelas ».

Pendant trois mois, alternatives où intrication d'état anxieux délirant, de confusion mentale, ou d'agitation maniaque. « Il est perdu, il est pourri ; il a la syphilis ; il a empoisonné le monde ; il mérite la mort. » Il cherche à se briser la tête contre les murs.

D'autre part, accès de violences impulsives, frappe les infirmiers, leur crache à la figure ; fausses reconnaissances. Idées d'influence avec hallucinations probables, « on lui fait voir et entendre des choses horribles ». Il n'est pas le fils de sa mère ; ses parents ne sont pas ses parents ; il a le même âge que son père, etc...

Périodes de mutisme, de stupeur avec négativisme, refus d'alimentation, périodes de gâtisme, etc...

Cet état s'améliore vers le 4^e mois, assez lentement, avec persistance d'idées délirantes polymorphes où domine toujours l'obsession de la syphilis. Il sort à peu près guéri le 13 février 1927.

Wassermann négatif du liquide céphalo-rachidien et du sang. Toutes réactions normales, sauf élévation sensible de l'urée sanguine au début de la crise, atteignant 0 gr. 80.

Le traitement a consisté surtout, avec les calmants usuels, en association d'adrénaline et de pilocarpine ; phlycténothérapie toutes les semaines ; séries d'injections d'Hectine.

Troisième crise. — Cette crise éclate à Strasbourg, pendant le service militaire. Du 15 au 19 mai 1928 reparaissent les obsessions sur la syphilis ; le 19, petite bouffée d'excitation confusionnelle pendant la messe, a dû être transporté hors de l'église ; « dans la nuit

du 20 mai, il a été se promener en chemise en passant par la fenêtre de la caserne ; il a été retrouvé à genoux embrassant le sol ».

Il est évacué au Val-de-Grâce où il arrive en état d'agitation maniaque avec violences, « réponses à côté, fuite des idées, logorrhée incohérente ». Association d'idées délirantes mélancoliques : « Il a contracté la syphilis il y a 5 ans sur le siège des w.-c., et il l'a passée à sa femme qui se trouve enceinte d'une syphilis héréditaire ». (Il n'est pas encore marié).

Ses parents ne sont pas les siens ; il est fils d'un capitaine descendant des Tartares et des Wisigoths.

Idées d'influence ; sensations de secousses électriques en touchant le macadam. « C'est lui-même qui s'électrise. » Il est médium. Il a des visions.

Toutes réactions normales, sauf urée sanguine, 0,60.

Il est, après réforme, dirigé le 12 juin 1928 sur l'hôpital Henri-Rousselle, où pendant deux mois encore se succèdent des phases de stupeur avec gâtisme, refus d'alimentation, mutisme, négativisme, etc., et des bouffées d'excitation avec impulsions violentes ; il a tenté d'étrangler le veilleur de nuit.

Vers le début d'août, la crise s'atténue ; convalescence assez rapide ; sort le 1^{er} septembre, encore incomplètement guéri, avec persistance de quelques idées d'influence, petites bouffées d'excitation turbulente et euphorique.

C'est dans la convalescence de cette 3^e crise que nous avons fait instituer un traitement systématique par injections intra-veineuses de novarsénobenzol (de 0,15 à 0,90 cgr.), non pas comme traitement syphilitique, mais simplement à titre de *traitement préventif* du retour d'autres crises.

Rémission de 5 ans. — Pendant ces cinq années, il a été pratiqué, à titre préventif, simplement comme modificateur puissant des réactions biologiques, un traitement intermittent d'arsénobenzol.

Tous les six mois, série de 10 à 12 injections progressives (de 0,15 à 0,60 cgr.), accompagnées chaque fois d'une auto-hémothérapie de 5 à 10 cm³.

Pendant ce temps, le malade s'est marié ; il a eu deux enfants (dont l'un est mort à 6 mois de broncho-pneumonie).

Il a passé le concours de jardinier de la Ville de Paris et a pu occuper son poste sans aucune interruption.

A deux ou trois reprises sont survenues des « menaces de crise », signalées chaque fois par la hantise de la syphilis, et un état d'irritation coléreuse. Mais, chaque fois, à la suite de 3 ou 4 injections quotidiennes de peptone intradermique avec auto-hémothérapie, la crise menaçante a paru avorter.

En particulier, au début d'octobre 1933, sa femme est obligée de s'absenter une quinzaine de jours. A son retour, elle le retrouve amai-

gri, anxieux, hostile, en proie à des idées de jalousie avec reprise des obsessions sur la syphilis. Cette fois encore, un traitement d'une dizaine de jours par peptone intradermique et auto-hémothérapie font disparaître la crise sans qu'il ait dû interrompre le travail.

Quatrième crise. Crise actuelle. — Mais, vers le 8 décembre 1933, à la suite de quelques ennuis professionnels apparaît de nouveau un état anxieux avec méfiance, interprétations malveillantes, idées de persécution, retour des obsessions sur la syphilis, bouffées coléreuses avec violences, etc...

Cependant, le traitement repris immédiatement semble enrayer à nouveau la crise ; le 15 décembre, on croit être maître de la situation, lorsque, pendant la nuit, la grand'mère meurt subitement.

Le lendemain, on revoit le malade très frappé de cette mort, anxieux et énervé. Le soir, après une visite à la grand'mère morte, éclate une grande crise d'excitation anxieuse et délirante qui s'apaise un peu vers midi.

On profite de cette rémission pour amener le malade à Henri-Rousselle.

A son entrée, le 17 décembre, il est en pleine agitation maniaque ; grimpe aux fenêtres ; maintenu, il crache sur les infirmiers, refuse toute alimentation ; logorrhée, fuite des idées ; impressions d'influence ; de temps en temps, reprise des obsessions sur la syphilis.

Le 19 décembre : il reçoit une première injection intra-veineuse de *sérum humain*, 4 cm³, dilué dans 10 cm³ de sérum physiologique.

Le 20 décembre : toujours excité ; cherche à se détacher pour se frapper la tête contre les murs.

Le 21 : a eu 38° hier soir ; a bien dormi, un peu plus calme ; demande qu'on examine sa « lymphé » pour y chercher des microbes.

Le 22 : absorbé ; ne répond pas aux questions. Deuxième injection de 3 cm³ de *sérum humain*.

23 décembre : toujours maintenu ; s'est agité le matin, mais a reçu assez correctement sa famille l'après-midi ; a mangé seul. Puis, brusquement vers le soir, bouffée d'agitation anxieuse ; cherche à s'étrangler.

24 décembre : grand état anxieux ; cherche à s'étrangler.

25 décembre : un peu plus calme. Reçoit troisième injection de 4 cm³ de *sérum humain*.

26 décembre : a bien dormi, plus calme ; la conversation devient à peu près cohérente, s'alimente bien.

27 décembre : nettement amélioré ; encore maintenu par prudence, mais reste calme pendant sa toilette et pendant les repas où il est détaché.

28 décembre : a pu être détaché ; est calme ; accueil aimable ; encore un peu confus ; raconte les hallucinations des jours précédents.

dents : « On avait mis deux moutons dans ses couvertures, il prenait pour des bruits extraordinaires le roulement des voitures dans l'hôpital. » Demande à faire sa toilette ; critique ses obsessions de contamination syphilitique.

29 décembre : l'amélioration s'accroît ; il joue avec les autres malades.

Bavard, il raconte « les rêves » qu'il a eus quand il était en cellule : il a eu la sensation qu'on lui détachait la tête, lentement ; — les lépreux lui avaient donné la lèpre, mais lui avaient recollé la tête, en raccordant cependant l'œsophage avec la trachée ; — son oncle, mort en 1922, était parmi les lépreux, s'étant échappé de son cercueil ; — le soir, des voleurs d'éther sortaient du radiateur pour l'endormir, etc...

Il se préoccupe encore beaucoup de la nature de sa maladie ; demande qu'on cherche le microbe, mais ne parle plus de syphilis.

Cependant, il attribue le déclenchement de son accès à l'émotion causée par la mort de sa grand'mère.

30 décembre : vraiment bien ; demande à s'occuper à la cuisine. Très calme, serviable.

31 décembre et 1^{er} janvier : même état.

2 janvier : l'injection de sérum n'a pas été faite depuis 5 jours ; le malade s'énervait à nouveau ; un peu anxieux ; récriminations sur sa sortie.

On lui refait immédiatement une quatrième injection de 4 cm³ de *sérum humain*. Le calme se rétablit dès le soir.

3 janvier et jours suivants : va très bien, serviable, travailleur, aide à la cuisine.

Il reçoit encore, le 5 et le 8 janvier, deux injections intra-veineuses de 4 cm³ *sérum humain*, dilués toujours dans 12 cm³ de sérum physiologique.

L'accès actuel paraît vraiment terminé.

L'urée sanguine dosée le 31 décembre était à 0,85.

Le malade signale que chacune des injections de sérum humain provoquait chaque fois, au début, une petite crise de palpitations et une diurèse très abondante dans les heures suivantes.

Les palpitations ont disparu lors des dernières piqûres, injectées d'ailleurs plus lentement ; la diurèse se produit toujours à la suite.

**

Comme nous le disions tout à l'heure, rien n'est plus difficile et ne comporte plus de réserve que les appréciations sur l'efficacité des traitements.

Il semble vraiment cependant que, dans ce cas particulier, les injections intraveineuses de sérum humain ont eu une action vraiment remarquable. Lorsqu'elles ont été suspendues pendant

5 jours, il s'est nettement produit une légère reprise d'anxiété et d'agitation.

Nous ne croyons pas, du reste, que, même actuellement, le malade soit réellement guéri de sa crise. D'après l'expérience que nous avons déjà de cas semblables, il nous paraît probable qu'elle est simplement enrayée, masquée, « neutralisée » ; mais que le traitement devra, pour éviter toute rechute, être poursuivi encore, en liberté, pendant plusieurs semaines, sinon pendant plusieurs mois...

D'autre part, l'efficacité remarquable du traitement dans ce cas nous paraît dépendre surtout de la précocité de son intervention, appliqué dès le 3^e jour après l'explosion franche de l'accès. Il est difficile de le réaliser habituellement dans des conditions aussi favorables, car c'est sans doute par le moment plutôt que par le mode de son application qu'il faut en partie expliquer la variabilité de ses résultats.

Il nous paraît, en tous cas, difficile de ne pas rattacher son action au pouvoir neutralisant du sérum humain sur lequel nous avons, à la dernière séance, attiré l'attention.

M. DEMAY. — Ce cas est très intéressant, car la connaissance parfaite du passé du malade, la comparaison des accès antérieurs non traités par le sérum, permettent d'affirmer que celui-ci a été réellement efficace pour juguler ce dernier accès. Dans de tels cas, il importe de continuer prudemment les injections pour que l'accès soit supprimé et non simplement reculé.

L'évolution du dessin chez un paralytique général avant et après malariathérapie, par MM. Henri CLAUDE et Pierre MASQUIN.

Résumé. — Dans cette étude, les auteurs montrent l'action que peut avoir la malariathérapie sur les différents facteurs qui jouent dans la production de l'œuvre d'art : le « métier », fait d'automatismes surtout mécaniques, la « manière » qui reflète la mentalité de l'artiste dans ce qu'elle a de plus personnel et de plus intellectuel. Tandis que les premiers persistent même dans des états de démence assez avancée, les autres sont plus fragiles et gardent souvent, lors de leur réapparition après thérapie, la marque d'un déficit stabilisé.

Ce travail paraîtra *in extenso*, comme *Mémoire original*, dans un prochain numéro des *Annales médico-psychologiques*.

Don guérisseur chez une aliénée. Les délires d'invention médicale et de guérison, par MM. H. CLAUDE, J. DUBLINEAU et CARON.

Le cas que nous rapportons est intéressant à divers titres. Mais nous désirerions n'en retenir qu'un point, en raison de son intérêt d'ordre général ; il s'agit, en effet, d'une délirante « guérisseuse ». Ce cas mérite d'être rapproché d'un certain nombre d'autres, déjà publiés, et que l'on pourrait ranger sous l'étiquette de délires d'invention médicale ou de guérison. Cette individualisation nous paraît utile : elle pose le problème médico-légal des « guérisseurs » et l'intérêt de l'expertise psychiatrique dans les procès les concernant.

Mme D..., mariée à 25 ans, n'avait présenté aucun antécédent notable. Son mari signale seulement qu'elle était un peu nerveuse, pleurant facilement et n'admettant pas la contradiction. Elle-même nous dit qu'elle a toujours été attachée à certaines habitudes, comme de placer les choses 3 par 3 (3 fleurs dans un vase, par exemple), de répéter 3 fois les mêmes gestes. Pas d'obsessions caractérisées, pas de scrupules morbides. D'une instruction un peu supérieure au niveau du certificat d'études, elle avait travaillé comme sténo-dactylographe. Elle n'a pas eu d'enfant ni de fausse-couche.

En 1931, un an après son mariage, son mari, au retour du régiment, la retrouve changée, inactive, restant au lit toute la journée. Elle avait fréquenté des personnes qui l'avaient entretenue de spiritisme et qui lui avaient prêté des ouvrages sur le spiritisme ; des séances d'occultisme avaient lieu, dont elle écartait son mari. En même temps, elle déclarait posséder un don de guérisseur et prétendait avoir guéri deux ou trois personnes. Par moments, elle ouvrait la fenêtre en disant qu'elle sentait « de la fraîcheur, de la clarté ».

De son côté, elle déclare que c'est brusquement, un jour de mai 1932, qu'elle a ressenti des sensations nouvelles de fraîcheur, de légèreté, de caresse idéale, « mais surtout de fraîcheur et de choses fines », qu'elle décrit difficilement : surtout fines caresses sur le visage, sur les épaules. A ces moments, dit-elle, tout autre contact lui semblait pénible et lui donnait comme l'impression d'un poids de fonte. L'approche et le contact de son mari lui produisaient cette impression pénible. Elle dit qu'« il était lourd comme de la fonte ». Avant mai, dit-elle, elle avait déjà ressenti des impressions pénibles au cours de ses occupations ménagères.

En même temps que ces sensations ineffables, elle avait une impression de présence ambiante, « comme d'une foule autour d'elle ». Il lui semblait « respirer un air plus léger, quelque chose d'un autre

monde ». Et bientôt, c'est elle-même qui se sentit plus légère, plus aérienne : à ce sentiment de lévitation s'ajoutait une composante d'amplification et d'expansion : « Il me semble, dit-elle en étendant les bras, que je vais couvrir l'univers. » ... « On dirait que je n'ai plus de corps, il me semble que mon corps est tout petit et grand en même temps. »

Longtemps, elle tut toutes ces choses ; un jour, elle s'en ouvrit à une amie qui lui conseilla de s'adresser à un Institut de sciences occultes du Boulevard St-Germain. Là, on lui déclara qu'elle était médium. On lui parla, dit-elle, de « médium aérien » « médium guérisseur », « médium-effet physique », « médium lévitation », « médium écrivain », etc... Elle affirme qu'elle n'a pas été convaincue. Cependant, elle disait à ses proches qu'elle était « guérisseuse par dédoublement », et elle s'est fait faire les cartes de visites suivantes :

NE SE FAIT PAS PAYER

†

MADAME MARIE-ANTOINETTE.....

MÉDIUM-GUÉRISSEUR

... Rue de ...

TOUS LES SOIRS A PARTIR DE 6 H. 1/2
TOUS LES MATINS DE 7 H. A 10 HEURES
ET SUR RENDEZ-VOUS DEMANDÉS PAR LETTRES

(Seine)

Elle se confia enfin à son médecin de famille, et accepta, sur son conseil, de venir se reposer à l'Hôpital Henri-Rousselle. Au Service de Prophylaxie mentale, elle fut examinée par le D^r Schiff et internée.

C'est dans ces conditions qu'elle entre dans le service de la clinique. Sa présentation est hypomaniaque : une expansivité euphorique alterne avec des protestations contre l'internement. C'est qu'en effet elle refuse de se considérer comme malade ; elle ne s'est jamais sentie aussi heureuse que depuis le mois de mai : un sentiment de pouvoir surnaturel l'exalte : elle a le pouvoir de faire durer les fleurs un mois, elle a des intuitions. Par exemple, elle raconte qu'à la mort de son grand-père, survenue déjà 3 ans auparavant, elle n'a pas été triste, car elle avait « l'impression, comme l'intuition, qu'elle le reverrait » ; « elle ne sait pas où, mais elle le reverra certainement ». Elle aurait eu la même certitude antérieurement encore, à la mort d'un premier fiancé.

Il lui semble que les fleurs lui parlent, surtout les roses, auxquelles elle s'intéresse énormément, qui lui disent des mots comme « sagesse » ; elle entend ces mots, par les oreilles, ou bien elle les voit, « écrits en blanc, au-dessus des fleurs ». Elle voit aussi quelquefois des ailes, diaphanes, légères, immatérielles, suspendues, sans corps qui les relie.

Elle est maniérée, enjouée, volubile. Elle parle abondamment, elle écrit aussi : tantôt, ce sont des lettres aux médecins d'une forme et d'une orthographe très correctes, très souvent, ce sont des vers, où reviennent les mêmes thèmes : la grâce, l'amour, la paix divine, la nature, les bois, les fleurs. On y retrouve ces mots qui la dominent : la sagesse, la clarté, la fraîcheur. Sa production est généralement médiocre dans la forme et naïve dans le fond, mais parfois d'une veine assez gracieuse.

Au début, son mari venait la voir régulièrement. Elle s'en préoccupait peu. Elle est maintenant très calme. Quelquefois, elle se montre un peu réticente, mais plus souvent elle manifeste un besoin de confiance et d'expansion affective. Elle serait docile, si elle ne redoutait intensément tous les appareils médicaux. Elle a peur du Pachon, du marteau à réflexe, du stéthoscope, et refuse toute piqûre. Cette guérisseuse montre une véritable aversion pour l'arsenal médico-chirurgical.

Interrogée au sujet de sa médiumnité et de son pouvoir guérisseur, elle les renie avec plus ou moins de sincérité, disant que « c'étaient sans doute des idées », « elle ne sait même pas si les personnes ont été guéries ». Cependant, son état, dans l'ensemble, a peu changé. Sans préciser davantage, elle laisse entendre « qu'on lui fait du mal ici ». Elle garde un fichu parce que, quand elle le porte, dit-elle, il lui semble « qu'on lui fait moins de mal ». Le contact et l'approche même de certaines des autres malades provoquent en elle des impressions pénibles. En même temps, elle dit « qu'elle voudrait toucher tout le monde ». Quand une autre malade pose un verre, par exemple, elle a l'impression qu'elle peut « comme se transporter dans la personne de cette autre malade » et arrêter ou reprendre le geste ; tout en restant dans son propre corps, elle se transporte dans celui des autres : « C'est aérien », dit-elle.

Son état délirant reste caractérisé par les mêmes phénomènes de dépersonnalisation, d'amplification d'elle-même, le même sentiment de pouvoir surnaturel, la même expansivité idéique et affective.

En résumé, il s'agit d'une femme jeune ayant présenté à son entrée un syndrome hypomaniaque avec délire d'influence, troubles d'apparence cénesthésiques, sentiment de lévitation, intuitions et sentiment d'un pouvoir médiumnique s'exerçant principalement dans un sens guérisseur. Elle prétend avoir guéri deux ou trois personnes par son pouvoir médiumnique.

Elle a fait imprimer des cartes à son nom, sur lesquelles elle prend le titre de « médium guérisseur ».

Actuellement, son état hypomaniaque est éteint. Mme D... conserve une tendance expansive, mais elle est calme et parfois déprimée. Le délire s'est appauvri, mais l'état délirant persiste

avec ses éléments essentiels. Cependant, elle renie avec plus ou moins de sincérité son pouvoir spécial de guérison. La nature pathologique de son trouble lui échappe entièrement et elle réclame sa sortie.

Les états de ce genre ne sont pas rares en psychiatrie. On les trouve rapportés dans la littérature. Certains états chroniques pourraient se rapprocher du cadre des idéalistes passionnés de Dide et Guiraud.

Dans l'ensemble, il s'agit d'un *don* que les malades croient posséder, de guérir leurs semblables. Le plus souvent, l'apparition de ce don est un fait d'intuition. L'un de nous, avec Targowla, en a rapporté des cas dans son ouvrage sur l'intuition délirante. Dans l'un de ces cas, il s'agissait d'une femme de 60 ans, entrée pour délire de persécution, et chez laquelle s'était développé un état d'onirisme nocturne qui avait nécessité son admission à l'hôpital. En cours d'observation, elle eut des apparitions. Elle appelait elle-même sainte Jeanne d'Arc dont la présence lui donnait le pouvoir de sauver les malades de sa salle. Un autre malade était un Paralytique général qui présentait également le pouvoir surnaturel d'empêcher la mort. Enfin, un malade d'Heuyer et Lamache, débile épileptique, avait, en même temps que le symptôme de devinement de la pensée, la conviction d'un don spécial de guérison.

Dans quelques cas, le délire se systématisait et déborde la notion de guérison pour devenir un véritable délire médical. C'était le cas d'un malade dont l'un de nous publia l'observation avec Dupouy, hypochondriaque chronique qui avait découvert dans la « *prostatite héréditaire* » la pathogénie commune à tous les maux. Il voulait ériger un « Institut mondial » pour la guérison de l'hérédoprostatite et lui-même s'intitulait « citoyen du monde ».

L'intuition n'est pas le seul mécanisme observé. Dans la thèse d'Eliaschew, on trouve l'histoire d'une femme, atteinte de délire d'interprétation, qui avait rédigé par écrit tout un ensemble de conceptions délirantes sur la pathogénie de l'épilepsie et d'autres états mentaux.

Dans le cas que nous présentons, le délire de guérison médiumnique a abouti à des tentatives de mise en pratique comme en témoignent les cartes de visite que la malade avait fait imprimer. Mais, fait important, l'altruisme et le caractère non utilitaire, spécifient cette forme de délire. L'altruisme, d'ailleurs, s'il peut répondre à des tendances profondes du sujet, n'est plus souvent que secondaire au thème du délire, celui-ci se produit

assez souvent en effet chez des sujets égoïstes ou paranoïaques, dont l'altruisme guérisseur s'accompagne d'un dogmatisme intolérant. Il convient même de noter la discordance possible entre ces états d'altruisme, tel celui de notre femme, qui voulait, grâce à Jeanne d'Arc, guérir toutes les malades de la salle, et le comportement de ces mêmes malades vis-à-vis de leur entourage : la malade en question n'avait à la bouche que des menaces de mort à l'égard de son gendre qu'elle rendait responsable de son internement.

L'intérêt de ces malades au point de vue médico-légal n'est pas négligeable. On sait le prestige dont jouissent les guérisseurs en général auprès du public ; à côté de ceux qui exploitent la crédulité de ce dernier, existe un grand nombre de convaincus, débilés ou délirants ; généralement paranoïdes, plus rarement hallucinés. Leur état pathologique peut passer inaperçu. L'inventeur de la prostatite héréditaire, qui, avant sa découverte médicale, avait réussi à escroquer 135.000 francs pour des fins mal définies parmi lesquelles figurait l'élévation d'une statue à Bolivar (*sic*), avait été condamné pour escroquerie et ce n'est qu'après plusieurs mois d'incarcération qu'il fut soumis à une expertise.

En résumé, le cas que nous présentons est celui d'une femme qui entre autres manifestations présente un don de guérison dont elle cherchait à faire bénéficier autrui avant son internement. Ce cas, rapproché d'autres, dont certains, chroniques, peuvent être érigés à la hauteur de véritables délires de guérison, illustre l'intérêt qu'il y aurait, dans les cas où un individu dit guérisseur est l'objet d'une affaire judiciaire, à le soumettre à une expertise psychiatrique.

M. SCHIFF. — Je signale qu'outre l'intérêt signalé par les auteurs, cette malade présente celui d'avoir des accès de joie paradisiaque dont la nature coenesthésique est très évidente. Je l'ai observée et j'ai consigné les caractères de ces accès dans une étude à laquelle je travaille sur la joie.

Troubles psychiques de type mystique. Etat oniroïde et confusionnel avec pouvoir de résurrection. Crises nerveuses avec émission d'urine. Possibilité d'un état comitial, par MM. Henri CLAUDE, J. DUBLINEAU et RUBENOVITCH.

La fréquence des délires mystiques chez les hystériques et les épileptiques, est un fait classique. Souvent d'ailleurs, la notion de ces crises existe depuis longtemps déjà quand se manifeste le délire. Le diagnostic est assez facile, il s'agit de ces formes dites d'épilepsie psychique sur lesquels nous n'insistons pas.

Plus difficiles à interpréter sont les cas où les crises n'ont rien de typique. Nous en présentons un exemple, que cependant l'atmosphère spéciale dans laquelle il s'est déroulé permet, croyons-nous, de rattacher à une forme psychique d'état comitial.

Nous désirons en outre insister, à propos de ce cas, sur l'existence et la nature de certaines idées délirantes qui s'apparentent au don guérisseur, avec délire d'invention médicale, sur lesquels nous nous sommes étendus par ailleurs, et qui, dans certains états oniroïdes à thème mystique, prennent une forme particulière, les malades ayant la certitude intuitive d'un pouvoir de résurrection.

OBSERVATION. — Mme X. Pol..., 27 ans, est entrée dans le service de la clinique le 14 décembre 1933, venant de l'hôpital Henri-Rousselle avec le certificat suivant : « Confusion mentale avec négativisme et agitation désordonnée. Réponses à peu près nulles ou bien mutisme complet. Se disait, à l'entrée, en communication avec le Seigneur. Hallucinations visuelles et auditives. Opposition à l'examen. Occlusion volontaire des yeux. Excitation. Refus d'aliments. Gâtisme. Violences envers le personnel. Fièvre passagère, 38°. Sang : urée, 0,26. Liquide céphalo-rachidien : albumine, 0,15 ; leuco., 0,6. Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. » (D^r Dupouy).

L'agitation, à son entrée, était telle, qu'elle dut être maintenue et isolée. La malade se plaignait de céphalée, présentait un faciès grippé, une langue sèche et très saburrale, donnant l'impression d'un mauvais état général. L'opposition empêchait l'examen somatique.

Dans la soirée, l'agitation diminua un peu, et la malade dormit normalement toute la nuit.

Le lendemain, 15 décembre, elle est plus calme. On obtient d'elle quelques réponses adaptées, entrecoupées de fous rires, avec tendance à la causticité et à l'érotisme. D'humeur instable, elle prend soudain un ton emphatique et maniéré pour exprimer des sentiments

d'aversion envers son mari, et pleure, puis, exprime de nouveau des idées érotiques avec quelques attitudes passionnelles.

En résumé, on est en présence d'un tableau partiellement maniaque, et confus, sans hallucinations décelables.

Le 16, elle se laisse examiner très docilement. On ne note rien d'anormal, sinon un état saburral avec haleine fétide, un léger œdème malléolaire, un colon descendant sensible, rempli de matières, enfin un corps thyroïde un peu gros. Les réflexes pupillaires et tendineux sont normaux. Constipation depuis l'entrée.

Le 17, malgré huile de ricin et lavements, la constipation persiste.

On obtient avec peine quelques réponses monosyllabiques, et la malade reste confinée dans un état d'immobilité et de mutisme presque complet, les yeux clos. On note, par moments, une expression extatique, les yeux levés au ciel, les mains jointes, enfin, de la conservation des attitudes.

Le 18, la constipation a cédé. La malade a une présentation beaucoup plus normale. Elle nous accueille avec une politesse adaptée, fait des réponses pertinentes. Elle n'a plus de conservation des attitudes, et rectifie ses propos érotiques : « C'était drôle de parler comme cela, c'était plus fort que moi, j'étais malade, maintenant, je ne le ferais plus. »

Elle nous demande de ne pas poursuivre l'interrogatoire trop longtemps parce qu'elle se sent très fatiguée.

Les jours suivants, elle se montre tout à fait calme, s'alimente bien, va régulièrement à la selle, mais paraît somnolente.

Le 22, Mme X. Pol... demande elle-même à nous donner des renseignements sur ses antécédents. Voici le récit qu'elle nous fit, dont l'exactitude nous a été confirmée par son mari :

Antécédents héréditaires. — Son père, alcoolique, a disparu après avoir divorcé. Sa mère, morte en 1918, du typhus exanthématique, a été internée pendant un an pour mélancolie quelque temps avant sa mort. Son frère, disparu, avait eu des convulsions. Un oncle maternel, par jalousie, a tué sa femme et s'est suicidé.

Antécédents personnels. — Elle-même, née en Russie, a eu, toute enfant, la rougeole et la diphtérie.

A 5 ans, à la suite d'un traumatisme crânien, syncope et somnolence pendant 24 heures.

A 6 ans, ictère émotif.

A 8 ans 1/2 environ : intoxication oxycarbonée aiguë accidentelle (perte de connaissance). Amnésie consécutive.

A 9 ans, épisode morbide non diagnostiqué : constipation opiniâtre, bouffées congestives, pertes de connaissance fréquentes (sans morsures de la langue ni émission d'urines), état nauséux, vomissements fréquents, incoercibles, en fusée ; pas de température.

A 9 ans 1/2, otite.

A 10 ans, on ne voulait pas la garder à l'école à cause de ses

« tics » (chorée ?...). Depuis, aurait des myoclonies par moments, principalement au niveau de l'orbiculaire droit.

A 12 ans, fièvre typhoïde grave, avec hallucinations auditives.

A 14 ans, scarlatine suivie de néphrite.

A 15 ans, période de fatigue intense avec apathie et somnolence diurne (jamais de troubles de la vue).

A 20 ans, appendicite opérée à Bruxelles (appendicite chronique).

Réglée à 14 ans, les règles ont toujours été irrégulières. A 18 ans, aménorrhée pendant 6 mois. Depuis un an, les règles sont régulières.

La malade quitte la Russie à 13 ans, passe en Serbie un examen équivalent au baccalauréat.

A 17 ans, fait en Belgique des études d'infirmière, obtient le diplôme d'état : « Je n'avais pas spécialement la vocation, mais je crois que je l'ai eue depuis. »

En France depuis 1929.

Mariée en 1930, ni enfant, ni fausse-couche. Mari électricien (d'origine noire américaine).

Blennorragie contractée dès le début du mariage, ultérieurement compliquée de cystite et probablement de salpingite. Celle-ci fut récemment traitée dans une clinique.

Tempérament antérieur. — A l'école, apprenait facilement, mais était paresseuse. A été propre à l'âge normal, mais une fois, vers 10 ans, a uriné sous elle en plein jour. « J'aimais les jeux féroces : je rasais l'herbe avec une canne. » Quelques terreurs nocturnes (mais n'appelait pas sa mère).

« Méditative, je regardais les vapeurs au bord de la mer. A 5 ans, avec mon frère, j'aimais aller au cimetière... Je n'aimais pas les filles... Je jouais surtout avec les garçons... »

De religion orthodoxe, n'a jamais été très pratiquante. Pense qu'il y a eu dans sa famille des gens faisant partie des sectes religieuses fanatiques existant dans sa région (Sébastopol).

Toujours très nerveuse, très émotive : « Je prenais tout au tragique. » Affirme que sa nervosité s'est accentuée par suite de sa blennorragie.

Persuadée de l'incurabilité de son affection génitale : « On se soigne toute la vie, mais on n'en guérit jamais. N'essayez pas de me dire le contraire, je suis infirmière... »

« En somme, dit-elle, j'ai toujours eu très mauvais caractère, et il a fallu à mon mari, qui est très patient, beaucoup de mérite pour me supporter. »

Cependant, elle reproche à son mari deux choses :

1° de l'avoir contaminée ;

2° de mentir sans cesse, de n'être pas franc (alors qu'elle est « la franchise même »), de démentir ses paroles par ses actes.

Elle était très confiante, elle aimait beaucoup son mari, mais elle a été très déçue dans sa confiance en lui. Cependant, elle consent à lui pardonner.

Depuis son mariage, d'humeur instable, souvent irritable. Auprès des malades, à son travail, toujours très patiente, infatigable. Dès qu'elle est à la maison, sensation d'exaspération, crises de larmes, fatigue, lassitude intense, insurmontable.

En dehors de cela, rien de particulier, sinon qu'à l'occasion d'une douleur physique un peu forte, elle tombait facilement en syncope.

En particulier, aucune tendance érotique, ni mystique.

Début des troubles actuels. — Mme X. Pol... sort de la clinique chirurgicale le 17 octobre, « normale ». « Pour se remonter, elle mangeait de grandes quantités de viande (pas d'alcool). » Au lieu de rentrer chez elle, elle était allée en pension de famille, dans Passy, car elle avait décidé de quitter son mari (qui se trouvait en voyage, et ignorait sa décision).

Pour vivre, elle avait accepté d'être entretenue par un ami qu'elle n'aimait pas du tout, et qui la dégoûtait : « C'était une simple affaire commerciale. »

D'ailleurs, elle avait déjà trompé son mari plusieurs fois, « *par jalousie à rebours.* »... Voici dans quelles circonstances :

Elle aimait son mari à un degré qu'elle avait elle-même jugé excessif : il ne pouvait en résulter qu'une grande douleur le jour où il aurait l'idée de la tromper (cependant, il n'avait pas l'air d'y penser, car il l'aimait beaucoup). Pour prévenir la douleur qu'elle pourrait avoir à ce moment, elle s'appliquait à calmer l'excès d'amour qu'elle avait pour son mari, en le trompant de propos délibéré, et aussi par amour-propre, pour être sûre d'être la première à le faire. Cependant, elle est persuadée qu'il l'a précédée dans cette voie. « Je faisais cela comme on prend un médicament... »

L'idée que son mari a pu la tromper lui est maintenant indifférente : sa méthode thérapeutique préventive à l'égard de sa jalousie a donc réussi, et elle est sûre qu'elle n'agira pas comme son oncle maternel qui a tué sa femme par jalousie.

Elle vit ainsi jusqu'au 13 novembre, passant ses journées dans sa chambre, à se reposer, à lire, ne donnant plus de ses nouvelles à son mari.

Le matin du 13 novembre, elle se réveille avec une sensation d'euphorie. Puis, elle entend soudain un bruit indéfinissable, « comme un tintement argentin, léger, aérien... ».

Elle sent que c'est la mort qui vient et qu'il est inutile d'appeler à l'aide.

Puis, « elle a dû perdre connaissance ».

Enfin, elle revient à elle, elle sonne, elle appelle et s'aperçoit qu'elle a uriné au lit. Sensation de fatigue intense, croit qu'elle va mourir, fait appeler un prêtre.

Depuis, plus d'appétit, mais continue à manger, « par raison ».

A dater de ce jour, sensation de solitude, réconfort dans la prière et la lecture de l'Évangile.

Quelques jours plus tard, a senti venir la même crise. « Elle l'a arrêtée en priant et en lisant l'Evangile. »

Depuis, elle priait jour et nuit. A passé une nuit entière à genoux : « J'étais en état de pénitence, je demandais à Dieu pardon pour mes dérèglements. » Elle demanda à son ami de ne plus venir la voir.

Le 2 décembre, dans la nuit, elle lisait l'Evangile, lorsqu'elle sent soudain une force inouïe qui la précipite le front à terre, courbée en deux : « C'était la force de Dieu... Que voulez-vous que ce pût être, puisque ce n'était pas moi qui agissais ? »

Elle a commencé à prier à haute voix, de plus en plus fort, en hurlant. Elle ne pouvait plus détacher son front du parquet. « Ça devait être purement émotif... » Peu à peu, elle a pu se relever. On est accouru dans sa chambre, on lui a dit qu'elle criait et empêchait les voisins de dormir. On l'a couchée.

Elle a été alors soudainement envahie par « un flot d'idées héroïques » ; elle était Jeanne d'Arc, sur son bûcher. On allait la brûler. Elle ne dormait pas, ses yeux étaient fermés, elle sentait ses pieds envahis par la gangrène et peu à peu léchés par les flammes du bûcher. Elle ne pouvait plus faire un mouvement. *A ce moment, elle a uriné au lit* : au point où elle croyait se trouver, c'était chose sans importance : « Voyez-vous Jeanne d'Arc quittant son bûcher pour aller aux water-closets ? »

Enfin, elle sort peu à peu de cet état, réclame son mari qui accourt le surlendemain, et la ramène chez elle, où elle demeure 6 jours.

Là, elle retrouve d'abord un comportement normal ; mais, le surlendemain soir, se sent à nouveau très drôle, se remet à prier (était seule ce soir-là). Son mari, qui avait été dîner en ville, la trouve en rentrant plongée dans la prière et la transporte lui-même sur le lit *où elle urine*. Les jours suivants, accentuation de l'état : conviction que la fin du monde approchait, que son mari était possédé du démon. Voulait ressusciter le père de son mari, à distance..., « le faire sortir de sa tombe et venir chez nous »...

Elle a des illusions de reconnaissance : elle voit la tête de son beau-frère dans le visage du médecin venu la voir : « Je croyais qu'il était en train de se transformer petit à petit et qu'il deviendrait ce qu'il était à ce moment. » Elle est enfin amenée par son mari à l'hôpital Henri-Rousselle et internée peu après.

De son passage à Henri-Rousselle, elle n'a gardé aucun souvenir précis. Le seul fait que sa mémoire ait conservé, est le suivant : « Je sais qu'en arrivant j'étais sûre que j'allais ressusciter une morte : je suis arrivée directement au lit d'une malade, je me figurais qu'elle était morte. Je l'ai touchée pour la ressusciter. Elle s'est levée, ayant très peur. C'est alors qu'on m'a fourrée dans une espèce de cellule... »

Mme X. Pol... évoque avec facilité ses souvenirs et fait un exposé lucide et cohérent des faits précédents qui sont évoqués avec une critique parfaite, sauf sur un point : conviction absolue que c'était la main de Dieu qui l'avait maintenue une fois le front contre terre.

Actuellement, l'état général est bon. La malade est moins pâle, se dit fatiguée, mais se sent mieux. Reçoit bien son mari, se dit contente de le voir. La céphalée a peu à peu diminué et a disparu depuis une huitaine de jours. Cette céphalée, toujours localisée à la région temporale droite, paraissait très vive, et arrachait de temps à autre des gémissements à la malade. Celle-ci se plaint seulement d'élançements, de douleurs à la région précordiale. Le léger œdème malléolaire a disparu. L'auscultation fait entendre un léger assourdissement du 1^{er} bruit.

Examens biologiques à l'entrée. — Sang (21 décembre 1933) : urée : 0 gr. 25 ‰. Urines : albumine 0, sucre 0 ; urée : 9 gr. 33 par litre, 18 gr. 66 par 24 heures ; chlorures : 5 gr. 90 par litre, 11 gr. 80 par 24 heures. Sels et pigments biliaires, 0. Recherche des coli-bacilles dans les urines : examen direct et par culture : négative. Géo-réaction dans le sang : + + + +, très positive.

De cette observation, nous retiendrons les points suivants :

I. Du 13 novembre à la fin décembre 1933, notre malade, schématiquement, a présenté trois phases d'excitation. La première n'a duré que quelques heures. Elle fut caractérisée essentiellement par une sensation d'euphorie, des troubles psycho-sensoriels mal classés et finalement une perte de connaissance avec chute et émission d'urine.

La seconde, survenue le 2 décembre, se caractérise par l'apparition, au milieu « d'un flot d'idées héroïques », d'un thème hallucinatoire et mystique avec sensation de réincarnation dans Jeanne d'Arc et scène du bûcher, enfin, et surtout, sentiment d'influence, prosternation imposée. Il n'y eut pas de perte de connaissance proprement dite, mais seulement extase au cours de laquelle survint l'énurésie.

Quelques jours plus tard, à son domicile, P... eut une nouvelle émission d'urine au cours d'un état prolongé de recueillement mystique. Cet état fut le point de départ d'une phase confusionnelle et maniaque qui, au bout de plusieurs jours d'excitation, tomba assez brusquement.

En d'autres termes, dans chacun des trois accès, il y eut émission d'urine. Mais alors que dans le premier existe la notion d'une chute avec perte de connaissance, cette dernière est moins nette dans le second (et intégrée de plus dans un syndrome d'influence), elle n'existait pas dans le troisième, lequel évolua rapidement vers un état confusionnel.

Certes, on ne saurait accorder à l'émission d'urines une valeur diagnostique absolue dans la discussion étiologique de ces états plus ou moins extatiques ou mystiques. La coexistence des deux

ordres de faits est connue. On en trouve nombre d'exemples à la lecture des travaux de Janet. A défaut de cet argument en faveur d'un état comitial, d'autres peuvent être invoqués. Sans parler de la cessation brusque de l'état confusionnel, comparable à celle classiquement décrite aux confusions à type d'équivalents psychiques, il y a chez cette femme des antécédents spéciaux : terreurs nocturnes, traumatisme crânien, tendance aux syncopes ; accidents d'énurésie de l'enfance. Nous y ajouterons la notion de convulsions chez un frère, moins intéressante en soi que par son association aux faits précédents.

II. Comme il a été dit, il est remarquable de constater dans ces états l'importance des apports intuitifs au cours du délire. L'étude de l'intuition dans les états oniriques a été ébauchée antérieurement par l'un de nous avec Targowla (1). Il s'agit ici moins d'un état onirique que d'un état *oniroïde*, au cours duquel la conscience n'était pas complètement suspendue. L'un de nous avec Ey (2) a insisté récemment sur les états de ce genre au cours de syndromes variés, en particulier encéphalitiques. C'est au cours de ces manifestations qu'est apparue la certitude d'un don de résurrection, dont la femme a voulu essayer les effets dès son entrée à l'hôpital, et dont elle garde encore la conviction de réalité. Cette certitude intuitive s'observe dans la plupart des états où s'affirme un délire de guérison, ou d'invention médicale (Claude, Dublineau et Caron) (3). Il serait facile, chez notre malade, de chercher à ce besoin de mettre en œuvre un pouvoir de résurrection, des significations psychologiques. Celles-ci existent certainement, mais nous paraissent malgré tout secondaires par rapport à l'état somatique initial, lequel, à notre sens, peut être considéré en définitive comme se rapprochant d'une forme larvée d'épilepsie psychique.

La séance est levée à midi 20.

Les secrétaires des séances,

Paul COURBON et Paul ABÉLY.

(1) TARGOWLA (R.) et DUBLINEAU (J.). — *L'intuition délirante*, 1 vol., Paris 1931, Maloine, 316 pages.

(2) CLAUDE (H.) et EY (H.). — États mentaux hallucinatoires et oniriques d'origine encéphalitique. *Encéphale*, août 1933.

(3) CLAUDE (H.), DUBLINEAU (J.) et CARON. — Délire de guérison chez une aliénée. Les délires d'invention médicale et de guérison chez les psychopathes. *Ann. méd. psychol.*, janvier 1934.

Séance du Lundi 22 Janvier 1934

**Présidence : MM. Georges DUMAS, ancien président
et Roger MIGNOT, président**

Allocution de M. Georges DUMAS, président sortant

MES CHERS COLLÈGUES,

Au moment de quitter la présidence de la Société médico-psychologique, je vous renouvelle mes remerciements pour l'honneur et le plaisir que vous m'avez fait en m'appelant à la vice-présidence et à la présidence d'une Société aussi active et aussi féconde que la nôtre.

Je ne veux pas rappeler ici quelques-unes des communications les plus importantes qui ont été faites depuis deux ans et qui sont dans toutes les mémoires ; n'en rappeler que quelques-unes ce serait être injuste avec beaucoup, mais je tiens à vous dire combien je me suis réjoui de l'agréable obligation que mes fonctions de président m'ont faite de venir régulièrement les suivre.

Notre Société est en pleine prospérité scientifique. D'une part, elle s'oriente de plus en plus vers les explications objectives de la clinique et du laboratoire qui ont pour résultat de faire entrer tous les jours davantage la psychiatrie dans le cadre de la médecine générale ; de l'autre, elle s'ouvre sans prévention aux explications psychogénétiques de la psychologie et de la psychanalyse, deux disciplines qui ne sont pas inconciliables, encore que la délimitation de leurs frontières puisse prêter à des contestations.

Je tiens à remercier du concours que j'ai trouvé près d'eux tous les membres du bureau ; d'abord, M. Mignot qui passe aujourd'hui à la présidence ; c'est un honneur pour moi d'être remplacé par un clinicien de sa compétence et de sa valeur ; puis M. René Charpentier, notre secrétaire général, qui m'a guidé à voix basse de ses excellents conseils, lorsque je faisais mes premiers pas dans la présidence et dont l'activité nous garantit la prospérité de la Société qu'il administre à la satisfaction de tous.

J'adresse aussi des remerciements à MM. Courbon et Paul Abély, nos dévoués secrétaires des séances, et je n'aurai garde d'oublier notre

distinguée trésorière, Mme Thuillier-Landry, qui met tant de bonne grâce dans ses austères fonctions.

Enfin, je me réjouis de saluer comme vice-président pour l'année 1934 et comme président pour l'année 1935 un aliéniste de grand talent qui fut le collaborateur éminent d'un éminent psychologue et dont l'œuvre psychopédagogique, résultat de cette collaboration, a fait, très justement, le tour du monde. J'invite M. Simon à venir prendre sa place de vice-président au bureau.

Allocution de M. Roger MIGNOT, président

MESSIEURS,

Lorsque, l'année dernière, M. Georges Dumas a pris possession de la présidence, il a remercié la Société d'avoir été désigné par vos suffrages, mais il s'est abstenu du discours inaugural traditionnel.

Le Membre de l'Institut qui s'est fait écouter et admirer à la Sorbonne et par-delà les mers, nous a privé d'une page d'éloquence qui manquera dans nos annales. Mais il a voulu ainsi nous inviter à consacrer tout notre temps aux exposés strictement scientifiques. Un précédent a été créé, dont vous allez être, aujourd'hui même, les bénéficiaires, puisqu'il vous dispensera d'entendre un méchant discours.

Tout uniment, je vous remercie donc, Messieurs, d'avoir nommé, comme président de votre Société, le simple praticien-psychiatre que je suis.

J'aborderais avec crainte mes fonctions, si je ne savais pouvoir compter sur l'amical secours de M. René Charpentier, notre dévoué secrétaire général.

Je félicite, à mon tour, M. Th. Simon d'avoir été élu à la vice-présidence et je suis particulièrement heureux de l'avoir à mes côtés ainsi que MM. Courbon et Paul Abély qui veulent bien assurer le secrétariat des séances.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du 14 décembre 1933 et le procès-verbal de l'Assemblée générale et de la séance ordinaire du 19 décembre 1933 sont adoptés.

Correspondance

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le D^r VIGNAUD, *membre titulaire*, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le D^r Roger D. ANGLADE, *membre correspondant national*, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance et prie de remettre à la séance du lundi 26 février 1934 la communication dont il avait demandé l'inscription à l'ordre du jour de la présente séance ;

une lettre de M. le D^r Louis CORMAN, chef de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine de Paris, médecin des asiles publics d'aliénés, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* ; la Société désigne une Commission composée de MM. H. CLAUDE, VURPAS et X. ABÉLY, rapporteur, pour l'examen de cette candidature ; le vote aura lieu à la séance du lundi 26 février 1934.

Commission d'examen des candidatures à une place de membre titulaire

Sont désignés pour faire partie de cette Commission : MM. GOURIOU, MINKOWSKI, PETIT, RAYNEAU et Daniel SANTENOISE. Suivant une décision antérieure de la Société, l'élection aura lieu le lundi 26 février 1934.

Commissions des Prix

La Société a, cette année, à décerner le *Prix Aubanel*, le *Prix Moreau de Tours*, le *Prix Trénel* et le *Legs Christian*.

Prix Aubanel (3.000 francs)

Un seul mémoire a été déposé.

Une Commission, composée de MM. Georges DUMAS, ROGUES DE FURSAC et LÉVY-VALENSI, est désignée pour l'examen de ce mémoire.

Cette Commission aura également à proposer au choix de la Société un sujet pour le *Prix Aubanel* à décerner en 1937. Sur la proposition du Bureau, la Société décide que ce prix, triennal, et habituellement de 1.500 francs, sera porté exceptionnellement à 3.000 francs pour l'année 1937.

Prix Moreau de Tours (200 francs)

Deux mémoires ont été déposés.

Une Commission, composée de MM. TRUELLE, HEUYER et SENGÈS, est désignée pour l'examen de ces mémoires.

Prix Trénel (1.000 francs)

Un seul mémoire a été déposé.

Une Commission, composée de MM. A. BAUDOUIN, NAYRAC et H. BARUK, est désignée pour l'examen de ce mémoire.

Legs Christian (1.000 francs)

Deux candidatures ont été posées.

Conformément au Règlement, ce legs sera attribué, s'il y a lieu, par le Bureau de la Société.

Sur la proposition du Bureau, la Société décide que ce prix, annuel, et habituellement de 300 francs, déjà porté à 500 francs pour 1935, par une décision antérieure, sera, pour cette même année 1935, exceptionnellement porté à 1.000 francs.

Selon l'usage, l'attribution de ces prix et le choix de la question à poser pour le Prix Aubanel à décerner en 1937, auront lieu à la séance du lundi 28 mai 1934.

La liste des prix à décerner par la Société en 1935, 1936 et 1937 est publiée dans le présent numéro des *Annales médico-psychologiques*.

COMMUNICATIONS

Action de la vagotonine sur le système neurovégétatif des déments précoces, par MM. DESRUELLES, P. LÉCULIER et Mme P. GARDIEN.

Résumé. — Après avoir rappelé les études classiques consacrées aux troubles causés par le dérèglement neurovégétatif dans la démence précoce, et leur récente communication à la Société (action de la vagotonine sur la tension artérielle chez des aliénés), les auteurs étudient dans leur communication l'action de la vagotonine à la dose de 20 milligrammes sur les réflexes solaire et oculo-cardiaque de 29 déments précoces et ils ont constaté : 1° une excitabilité sympathique marquée, assez anarchique, difficilement régularisée par la vagotonine ; 2° une excitabilité parasympathique très faible ou nulle, non modifiée par la vagotonine.

Cette communication paraîtra *in-extenso* comme *Mémoire original* dans un prochain numéro des *Annales médico-psychologiques*.

A propos des mesures de sûreté prévues dans l'avant-projet de réforme du code pénal, par M. J. LAUZIER.

Dans sa séance du 23 octobre 1933, sur l'initiative de notre Secrétaire général, M. René Charpentier, la Société médico-psychologique a étudié et discuté deux des plus importants articles de l'avant-projet de réforme du Code pénal. Les exposés à la fois si clairs et si pleins de précisions de M. le Professeur Donnedieu

de Vabres et de M^e Clément Charpentier nous ont permis de prendre, en pleine connaissance de cause, une décision et de proposer une nouvelle rédaction de l'article 122, en substituant au mot « *démence* » de l'article 64 du Code pénal actuel l'expression plus générale et moins désuète d' « *état mental pathologique* ».

Aujourd'hui, je voudrais attirer l'attention de la Société sur un certain nombre d'autres articles de l'avant-projet de réforme du Code pénal, qui intéressent particulièrement les psychiatres.

Il est indéniable que les auteurs de cet avant-projet ont dirigé leurs travaux dans le sens d'une modernisation très nette de notre Code actuel. Celui-ci porte trop souvent les traces de ses 123 ans d'existence et il s'est moins adapté à la vie actuelle que le Code civil, malgré les remaniements nombreux apportés au cours du siècle dernier, tels que les circonstances atténuantes, le sursis, la libération conditionnelle, etc...

Ne comportant aucun bouleversement profond, le projet s'oriente, avec une timidité peut-être excessive, dans le sens d'une atténuation des sanctions rigides et de l'application individuelle de la peine. Mais la grande innovation du projet consiste dans l'adjonction aux moyens répressifs actuels, de *mesures de sûreté*, institutions nouvelles que l'on retrouve dans tous les Codes étrangers récemment révisés et qui peu à peu tendent à devenir une coutume universelle.

Ces mesures de sûreté ne sont pas des peines, ce sont des modes de redressement moral des délinquants, des garanties prises à leur égard, afin de les mettre hors d'état de nuire, et, par conséquent, de récidiver. Ainsi le nouveau projet marque un pas vers une individualisation de la sanction et une prévention du crime, qui de plus en plus appellent le concours étroit de la médecine mentale. C'est en ce sens qu'on a pu dire que les mesures de sûreté étaient en somme des mesures médico-pénales.

L'avant-projet de Code pénal applique les mesures de sûreté en dualisme avec les peines. Leur application est prévue par les tribunaux seuls dans les sentences et les autorités administratives n'ont pas le droit de les appliquer *motu proprio*.

Aux délinquants d'habitude et aux récidivistes, le projet destine la relégation (art. 74) ; aux libérés dangereux l'interdiction de séjour (art. 80) et la caution de bonne conduite (art. 85) ; aux mineurs, la détention dans des maisons d'éducation surveillée ou dans des maisons correctionnelles qu'il appelle, et nous partageons à ce sujet la surprise de M. le Professeur Donnedieu de Vabres, des colonies pénitenciaires (art. 121). Les individus qui se livrent à la mendicité ou au vagabondage doivent, à l'expira-

tion de leur peine, être conduits dans un dépôt de mendicité (art. 77). Enfin, le projet institue pour les aliénés délinquants, pour les demi-responsables, pour les alcooliques, l'internement judiciaire dans les asiles ou des établissements appropriés (art. 72 et 73).

Cet ensemble coordonné, systématisé constitue le titre II du projet, et ce que l'on désigne sous le nom de : régime des mesures de sûreté.

Ces mesures de sûreté sont de trois ordres : les unes sont privatives de liberté, d'autres restrictives de liberté, d'autres enfin d'ordre patrimonial.

Les mesures de sûreté privatives de liberté sont : 1° l'internement dans une maison de santé (art. 72 et 73) ; 2° l'internement dans une maison de travail de la France ou de ses possessions (art. 74) ; 3° le placement dans un dépôt de mendicité (art. 77).

Les mesures de sûreté restrictives de liberté sont : 1° l'interdiction d'exercer un art ou une profession (art. 79) ; 2° l'interdiction de séjour (art. 80) ; 3° l'expulsion du territoire (art. 83) ; 4° la mise sous surveillance d'une société de patronage (art. 84) ; 5° la caution de bonne conduite (art. 85).

Enfin, les mesures de sûreté d'ordre patrimonial sont : 1° la confiscation prévue à l'art. 86 ; 2° la fermeture de l'établissement (art. 87) ; 3° la dissolution ou la suspension d'une personne juridique (art. 88).

Voici le texte des articles 72, 73 et 78 du projet, relatifs à l'internement dans une maison de santé par décision de justice.

ARTICLE 72. — *Tout aliéné déclaré auteur d'un crime ou d'un délit puni d'un emprisonnement pouvant s'élever à deux années, sera, s'il y a lieu, et par décision du juge, interné dans une maison spéciale de santé.*

Les conditions dans lesquelles sera prononcé cet internement et sa durée, seront déterminées par le code d'instruction criminelle.

ARTICLE 73. — *Toute personne alcoolique, toxicomane ou atteinte d'une maladie mentale grave, qui a commis un crime ou un délit passible d'une peine pouvant s'élever à deux ans d'emprisonnement, sera internée à l'expiration de sa peine dans une maison spéciale de santé, pour y recevoir les soins que nécessite son état, lorsque le tribunal aura reconnu qu'elle constitue un danger sérieux pour la paix publique.*

La durée de cet internement est de cinq ans au maximum, mais elle sera réduite si l'interné peut être mis en liberté sans danger pour la paix publique, ainsi qu'il sera prescrit au code d'instruction criminelle.

ARTICLE 78. — *Indépendamment des visites faites par les magistrats, les aliénés criminels, les alcooliques ou toxicomanes, les personnes frappées d'infirmité mentale grave, qui auraient été placées par décision de justice dans une des maisons de santé prévues aux articles 72 et 73 du présent code, seront périodiquement visitées par des médecins désignés par le juge auquel ils feront rapport.*

...Ces rapports seront communiqués au Ministère public et au défenseur.

Il semble bien que l'article 72 vise les aliénés délinquants reconnus irresponsables, et que l'article 73 s'applique aux individus alcooliques, toxicomanes ou aliénés à responsabilité limitée.

Ce qui surprend d'abord à la lecture de ces articles, c'est la rigidité des textes, leur manque de souplesse, l'impossibilité où sera souvent le tribunal de les adapter aux divers cas individuels. Pourquoi faut-il que l'aliéné ait commis un délit puni d'un emprisonnement s'élevant au moins à deux années, pour qu'il puisse faire l'objet d'un internement judiciaire ? Cette mesure de sûreté n'a-t-elle pas pour but de protéger le milieu social contre le danger que constitue l'aliéné en liberté, que le délit commis soit minime ou grave ? N'a-t-elle pas pour but d'obliger celui-ci à se faire soigner et de le mettre hors d'état de réitérer des actes analogues ?

Autre surprise à l'article 73. Tout criminel ou délinquant qui sera reconnu alcoolique, toxicomane ou aliéné et dangereux pour la paix publique sera interné dans une Maison de santé pour y recevoir les soins que nécessite son état, mais seulement à l'expiration de sa peine. Il y a là une restriction peu compatible avec les nouvelles tendances de la législation pénale moderne. Le délinquant, qui en raison de ses particularités physiques ou psychiques présente un état dangereux pour la société, doit avant tout être soumis au système des mesures de sûreté. Plus tard, interviendra, s'il y a lieu, la peine, équivalent prétendu de la faute d'un délinquant normal.

Combien est préférable à ce point de vue la rédaction du nouveau Code pénal polonais, promulgué le 11 juillet 1932. En voici le texte :

« ARTICLE 76. — *Si le délinquant a été reconnu en état de capacité diminuée de discerner ou de diriger sa conduite, et si sa libre circulation menace l'ordre légal, le tribunal peut ordonner son placement dans un établissement fermé pour aliénés. Si un tel délinquant a été condamné à une peine privative de la liberté, le tribunal décide, après sa libération de la maison de santé, si la peine prononcée est à exécuter.* »

Le même Code pénal polonais précise, à l'article 77, que la durée de séjour dans les établissements d'aliénés n'est pas fixée d'avance, et que le tribunal ne peut pas ordonner la libération de l'établissement avant l'expiration d'une année. Cette solution est parfaitement logique. Puisque l'internement trouve sa justification dans l'état mental du condamné, il doit être maintenu aussi longtemps que celui-ci constitue un danger pour la propriété ou pour les personnes ; il peut même éventuellement devenir un internement à vie.

Le Code pénal italien prévoit également que les mesures de sûreté sont prononcées pour un temps indéterminé en fonction de la durée de l'état de danger des individus qui en font l'objet.

Cette latitude, que suppose la sentence indéterminée, ne se retrouve malheureusement pas dans l'avant-projet français. L'article 73 prévoit une durée stricte de l'internement, elle est *au maximum de cinq ans*. Il est possible de la réduire si l'interné peut être mis en liberté sans danger pour la paix publique, mais que fera-t-on si l'interné reste encore dangereux au bout du délai fatal de cinq ans ?

Enfin une précision serait utile dans la rédaction des articles 72 et 73. Ceux-ci prévoient que les aliénés criminels et délinquants seront, s'il y a lieu, internés dans une maison spéciale de santé. On peut supposer et espérer que l'épithète : *spéciale* indique que les maisons de santé envisagées seront uniquement réservées aux seuls aliénés criminels et délinquants et constituent les établissements de sûreté prévus par tous les projets de réforme de la loi de 1838. Leur réalisation donnera satisfaction à la fois à la société, qui veut être protégée contre les aliénés dangereux, et aux exigences de l'humanité, qui se doit d'éviter aux malades des asiles le contact de condamnés ou de sujets malfaisants. Il y aurait donc lieu de préciser que les maisons de santé prévues aux articles 72 et 73 du projet, sont, non pas des asiles ordinaires, mais des établissements psychiatriques de sûreté, dénomination qui paraît bien indiquer leur destination véritable.

L'article 78 prévoit qu'indépendamment des visites faites par les magistrats, les aliénés placés par décision de justice seront visités périodiquement par des médecins désignés par le juge et que leurs rapports seront communiqués au Ministère public et au défenseur. Il est à présumer que les juges se baseront sur ces rapports pour décider le maintien ou la libération des internés judiciaires.

Combien plus souples et plus pratiques sont les dispositions

appliquées en Suède et en Belgique. Ce n'est plus le juge seul, qui prend la décision toujours délicate d'une mise en liberté à l'essai ou définitive, distinction non prévue dans le projet actuel, mais qui sera, je pense, indiquée dans le Code d'Instruction criminelle.

En Suède, une loi de 1928 prévoit qu'une Commission spéciale présidée par un fonctionnaire supérieur des prisons et composée de quatre autres membres dont un juge et un médecin qui apprécie si l'interné peut être libéré sans danger. En cas d'avis défavorable, sa situation doit être réexaminée tous les ans, ce qui évite les abus et garantit la liberté individuelle. En cas de libération, la Commission décide, si celle-ci sera définitive ou conditionnelle avec contrôle social. Dans cette dernière éventualité, la durée de cette surveillance ne peut être inférieure à trois ans, après quoi la Commission examine s'il n'y a pas lieu de la prolonger pour un nouveau terme de 3 ans. Si au cours de cette surveillance ininterrompue de six années, la conduite du libéré ne donne lieu à aucune remarque défavorable, le contrôle cesse d'office.

Les conditions de fonctionnement des Commissions de défense sociale créées par la loi belge du 9 avril 1930 sont trop connues pour que j'y revienne ici. Je rappellerai simplement qu'elles sont composées d'un magistrat, d'un membre du barreau et d'un psychiatre, en général le médecin de l'annexe psychiatrique. Avant de prendre une décision, elles entendent le procureur, le directeur de l'établissement, l'interné et son conseil. Ces organismes nouveaux, au nombre de 9 pour toute la Belgique, ont accompli leur tâche souvent très délicate sans qu'on n'ait pu signaler aucun abus. Ainsi a été réalisée une heureuse collaboration médico-judiciaire, permettant au psychiatre d'apporter à ceux qui doivent appliquer la loi et traiter les anormaux, les lumières que la science peut jeter sur les problèmes de la délinquance pathologique.

Deux mesures me semblent donc devoir être adjointes à l'avant-projet que nous discutons. L'une viserait la *création de commissions médico-judiciaires*, qui statueraient sur la sortie des asiles de sûreté des aliénés qui y auraient été placés par décision de justice ; l'autre instituerait pour ces derniers la *mise en liberté à titre d'essai avec surveillance psychiatrique*, dont la durée et les modalités seraient fixées par la décision de mise en liberté. Ici les sociétés de patronage prévues à l'article 84 du projet pourraient rendre de grands services.

L'article 91 prévoit que l'amnistie sera sans effet sur l'internement dans une maison de santé ; de même (art. 89), le sursis

à l'exécution de la peine n'a pas d'effet sur les mesures de sûreté. Par contre, l'article 92 stipule que la décision prononçant la libération conditionnelle de la peine peut suspendre les mesures de sûreté prévues à l'article 73. N'y a-t-il pas là encore un risque de diminuer l'efficacité préventive et sociale de ces mesures ?

J'ai essayé de vous exposer, sans esprit de dénigrement systématique, un certain nombre de critiques qu'appelle la lecture de quelques articles de l'avant-projet du Code pénal du point de vue médical.

Mais, en terminant, je tiens à reconnaître combien grand est le mérite de ce projet, qui a adopté et rationalisé en quelque sorte, toute une série de réformes qui, sous la pression de l'opinion, tendaient peu à peu à s'introduire dans notre droit. En particulier, tous, nous nous félicitons de voir codifier l'internement judiciaire des aliénés délinquants et développer l'institution des établissements de sûreté.

M. Xavier ABÉLY. — M. Lauzier s'est montré un peu trop indulgent à l'égard du projet de réforme du Code pénal. Ce projet a profondément déçu les criminalistes et les aliénistes qui attendaient une réforme véritablement moderne. Il est imprégné du plus pur traditionalisme et se montre d'une timidité exagérée devant les nouveautés. La notion de responsabilité, dont on escomptait généralement l'abandon, y occupe une place importante. Des titres de chapitre sont ainsi désignés : des personnes irresponsables, — des causes qui suppriment ou atténuent la responsabilité, — des causes qui aggravent la responsabilité. Nous voici donc encore ramenés aux querelles byzantines sur les degrés de la responsabilité. Si l'on veut faire une réforme moderne et pratique, il ne s'agit pas d'ergoter sur ces dosages de culpabilité, mais de créer, comme en Belgique, des établissements adaptés aux différents types d'anormaux. Voilà la seule solution du problème. Or, nous ne rencontrons rien de tel dans le projet en question. Les aliénés sont placés dans des « Maisons de Santé », terme équivoque et bizarre qui ne répond à rien de précis. Le mot d'asile de sûreté ne se trouve nulle part. Cependant, des « Maisons de travail » sont prévues, à l'usage des récidivistes. Mais il ne s'agit plus d'établissements psychiatriques. Les récidivistes normaux y sont mélangés aux anormaux et notamment aux pervers. Ces maisons échappent à toute direction médicale, et même à tout contrôle, à toute inspection d'ordre médical. La réadaptation sociale sera appréciée par l'autorité judiciaire.

On chercherait en vain dans ce projet l'organisation de l'expertise, la création de commissions médico-judiciaires, la notion de la peine indéterminée.

Il semble que les réformateurs aient méconnu les projets de réforme de la loi de 1838, concernant les aliénés criminels, dont la conception est beaucoup plus scientifique. Ils paraissent n'avoir tenu qu'un compte très relatif de la loi belge de défense sociale qui est pourtant un modèle remarquable. Celle-ci, éliminant le problème de l'atténuation de la responsabilité, instituant en pratique la peine indéterminée, crée des établissements psychiatriques multiples pour les récidivistes et pour les anormaux, adaptés à chaque catégorie d'anomalie mentale. La notion de nocivité sociale est substituée à celle de responsabilité et de culpabilité ; la sentence thérapeutique remplace la peine. Voilà une loi qui a déjà fait ses preuves. Pourquoi en négliger à ce point les enseignements pratiques ?

Tandis qu'en Italie, en Belgique, des maîtres de la psychiatrie et de l'anthropologie criminelle ont été les animateurs de toutes les lois pénales et de défense sociale, en France le rôle de la médecine mentale est relégué au second plan. Nous devons à M. le D^r René Charpentier de n'être point tout à fait ignorés et de pouvoir donner notre modeste avis. Mais nous n'avons pas eu la place qui aurait dû nous revenir dans l'élaboration d'un projet qui nous intéresse au plus haut point.

M. René CHARPENTIER. — Je crois nécessaire, en particulier, d'attirer l'attention de la Commission sur l'article 73 et sur l'article 121 de l'avant-projet.

Ainsi que l'a montré M. Lauzier, il y a, dans la rédaction de l'article 73, trois points qui appellent la discussion :

1° que cet article s'applique aux personnes « atteintes d'une maladie mentale grave » : on aurait pu les croire « exemptés de peine » par l'article 122 ;

2° que cette « personne... atteinte d'une maladie mentale grave » soit internée *seulement* « à l'expiration de sa peine, dans une maison spéciale de santé » ;

3° que « la durée de cet internement » soit limitée à un « maximum » de « cinq ans ». S'il s'agit d'une maladie mentale grave, chronique, incurable, pourquoi limiter à 5 ans une mesure de sûreté qui pourra s'imposer pendant toute la vie du sujet ?

Quant à l'article 121, si on le compare à l'article 120, il semble

y avoir eu un oubli lors de sa rédaction. En effet, pour le mineur âgé de moins de 13 ans, nous trouvons, parmi les mesures éventuelles, le « placement jusqu'à la majorité, soit , soit , soit dans un *établissement d'anormaux*... » (art. 120).

Cette sage mesure a été omise à l'article 121. Il apparaît pourtant que le mineur de 13 à 18 ans, s'il est décidé qu'il a agi sans discernement, pourrait, dans certains cas, bénéficier aussi de son placement jusqu'à la majorité dans « un établissement d'anormaux ». Il semble qu'il n'y ait là qu'une omission. Je crois devoir la signaler.

Je ne crois pas justifiées les craintes de M. Xavier Abély. Je n'ai lu nulle part que la question de responsabilité fût posée au médecin. Quant au texte auquel il a fait allusion, il vise les divers cas de « responsabilité pénale », de « non imputabilité » dont il trouvera l'énumération générale dans le rapport de M. le Professeur Donnedieu de Vabres, et non ce qu'il appelle une « responsabilité métaphysique ».

La Société générale des Prisons n'a pas encore commencé l'étude des mesures de sûreté. J'ai déjà signalé à l'éminent rapporteur quelques-uns des points que je viens de souligner. Et M^e Clément Charpentier, le très distingué Secrétaire général de la Société générale des Prisons a déclaré, ici-même, que, lors de cette discussion, avis serait demandé à la Société médico-psychologique.

M. Roger MIGNOT, *président*. — La Société n'est-elle pas d'avis de laisser cette importante question à l'ordre du jour ?

M. René CHARPENTIER, *secrétaire général*. — La question figurera à l'ordre du jour de la séance du lundi 26 février, MM. Toulouse et Schiff demandant que la communication qu'ils devaient présenter aujourd'hui sur le même sujet soit reportée à cette date. La discussion pourra donc continuer à cette occasion.

Les idées de persécution dans la manie,
par MM. Paul COURBON et Maurice LECONTE.

Nous avons, dans la précédente séance, présenté une femme chez laquelle on trouvait au complet les signes d'un délire hallucinatoire chronique et ceux d'une hypomanie, c'est-à-dire qui était atteinte de deux psychoses différentes.

Nous rapportons aujourd'hui l'histoire d'une femme atteinte

d'une seule psychose, la psychose maniaque dépressive, mais qui, au cours de ses accès de manie, présente des idées de persécution dont la netteté des caractères permet de mettre en évidence la différence du mécanisme psychologique des idées de persécution dans la psychose paranoïaque et dans la psychose maniaque.

Cette femme, au cours de ses accès d'hypomanie, s'érigea en correctrice de la moralité de son entourage, comme le font les persécutés persécuteurs ; mais c'est moins par ses réactions de persécutrices que par ses réactions de persécutée qu'elle nous paraît intéressante. En effet, ce sont ces dernières qui, nous le répétons, permettent de saisir la distinction entre l'interprétation maniaque et l'interprétation paranoïaque.

Mme X. est une brave femme, âgée de 45 ans, qui habitait avec ses enfants, depuis 26 ans dans la même maison et n'avait jamais eu maille à partir avec la police, ni connu les asiles, jusqu'à l'été de 1932, époque où elle fut internée dans les circonstances suivantes. Elle fut arrêtée à la demande de l'épicier de son quartier, dont elle ne quittait plus la boutique. Elle dévisageait les clients, les suivait devant les comptoirs, surveillait la pesée, calculait le prix des commandes et contrôlait les paiements, donnant aux acheteurs des leçons d'honnêteté et menaçant de châtiments les vendeurs et les caissiers, au cas où ils seraient malhonnêtes.

Cela donnait lieu à des *algarades* pour lesquelles la police fut requise plusieurs fois. Devant les agents elle se retirait, mais non sans vitupérer contre les mauvaises mœurs et sans proclamer la nécessité pour les honnêtes gens d'avoir l'œil ouvert et de corriger les larrons. Rentrée chez elle, elle écrivait à la direction centrale de l'épicerie, pour la mettre en garde contre les défaillances de son personnel.

Cela dura quelques jours au bout desquels on l'empoigna et la conduisit à l'infirmerie du dépôt, où le docteur Logre rédigea le certificat d'internement que voici :

« Est atteinte de débilité mentale, idées délirantes interprétatives et imaginatives. Délire d'actions à thème policier : a crû reconnaître qu'on vole. S'est instituée surveillante chez D., file les gens, s'assure qu'ils ne volent pas ; interpelle clients et vendeurs, passait des heures chez D. Elle écrivait au directeur de D. Plainte de la Maison centrale contre elle, plaintes des personnes surveillées. Se dit elle-même surveillée par des « troupeaux » de gens qui la suivent dans la rue. « C'est moi qui les engueule. », ajoute-t-elle. Ménopause artificielle il y a environ un an. »

Elle accepta son internement avec beaucoup d'émotions, pleurant et sanglotant, éludant autant qu'elle le pouvait toute explication sur

les circonstances même de son arrestation, se contentant de protester de sa validité mentale.

Elle était la victime de méchants qui la faisaient passer pour folle et voulaient se débarrasser de sa clairvoyance, tant et si bien, que le tableau clinique fut pendant quelque temps celui d'un délire de persécution, ainsi qu'en fait foi le certificat du médecin qui, de Ste-Anne l'envoya à Vaucluse :

« Présente depuis plusieurs mois un délire de persécution, avec prédominance d'interprétations. On l'empêche de travailler. Des associations, toujours les mêmes personnes qui se parlent ; elle voulait se rendre compte... Laparatomie pour kyste en novembre 1931. Peut être transférée. »

A Vaucluse, pendant les premiers mois du séjour, les protestations contre l'illégitimité de son internement dominèrent la scène. Elle avait bien vu venir cette mesure inique de l'internement. Un mois avant qu'elle ait eu lieu, un concierge de l'usine où elle travaillait depuis quelques semaines, était parvenu à la faire chasser de son emploi. Il lui en voulait parce qu'elle avait démasqué sa conduite malhonnête.

Il ne pointait pas les cartes des autres ouvrières à leur arrivée, leur permettant ainsi d'énormes retards, tandis qu'il pointait sa carte à elle. S'il est vrai qu'elle ait eu parfois quelques retards, c'était toujours pour des motifs avouables ; pour rendre service à une amie, pour demander des nouvelles d'une camarade malade, avec qui elle s'était arrêtée à parler un peu. Pour rattraper le temps perdu, elle avait bien soin d'abattre double besogne. Les autres, au contraire, c'était pour des raisons honteuses, parce qu'elles couchaient avec les patrons ou avec le concierge lui-même.

Elle n'avait pas admis cela. Elle voulait la justice pour tout le monde. Elle avait voulu la faire régner là. Pour cela, plusieurs fois elle vint à l'usine avant l'heure et se postait sur le seuil, afin que le pointage des cartes fût correct. Le pointeur en avait été furieux, l'avait injuriée, bousculée. Il l'avait traitée de folle, de paresseuse et finalement ses rapports l'avaient fait mettre à la porte.

Elle s'apitoyait à ces mots sur son propre sort, elle était bien malheureuse, car elle était depuis longtemps une victime. Depuis que la mort de son mari avait diminué ses ressources, elle avait, dans d'autres usines, ou comme femme de ménage, essayé de gagner sa vie. Jamais elle n'avait pu y réussir plus de quelques mois. Elle faisait pourtant tout son possible. Cela lui coûtait beaucoup parce qu'elle n'y était point habituée. Elle est malade. Elle faisait tout ce qu'elle pouvait. Mais on trouvait qu'elle n'en faisait pas assez. On ne la traitait pas de folle. On ne lui reprochait pas de se mêler de ce qui ne la regardait pas ; on la traitait simplement de paresseuse ou d'incapable. Et le résultat était le même ; on la méprisait, on l'évitait. Toujours, elle était le jouet de gens durs et malveillants, elle qui est si honnête, qui n'a rien à se reprocher, c'est à croire qu'ils étaient

de mèche entre eux. Et une telle dureté, ils ne l'avaient certainement pas pour tout le monde. Quand on a des mœurs légères, quand on couche avec ceux qui vous le demandent ou vous le font comprendre, on trouve toutes les facilités possibles. Elle n'est pas de ces êtres-là. Elle en est pour l'accomplissement du devoir et pour ne coucher qu'avec qui nous plaît.

Interrogée sur les circonstances de son arrestation, lorsqu'on l'avait laissée épancher longuement ses griefs en pleurnichant, elle raconta posément les motifs de sa conduite.

Depuis quelques jours, l'idée lui était venue que les employées de l'épicerie de son quartier ne faisaient pas payer le prix intégral des marchandises aux clients. Par ces temps de misère, elle était surprise de voir des gens de condition modeste comme une de ces voisines, Mme P., être habillée avec un luxe au-dessus de leur condition. Plusieurs années auparavant, la concierge parlant de cette dame P. avait dit à Mme X. qui se plaignait de ne pas avoir assez de force pour gagner de l'argent : « Oh ! Mme P. est plus neurasthénique que vous, et elle s'en tire très bien. Prenez confiance. »

En effet, cette neurasthénique, incapable de gagner sa vie, s'en tirait vraiment trop bien. Pour pouvoir être si bien vêtue, et mener si grand train en ne pouvant rien gagner, il fallait qu'elle payât autrement qu'avec de l'argent. Le cas de cette femme avec qui elle n'était jamais entrée en relation, n'était sûrement pas le seul. Au nom de la moralité elle ne pouvait pas tolérer cela, son devoir était de le faire cesser. Elle s'est donc mise à suivre cette voisine, à contrôler le paiement de ses achats. Et du temps qu'elle y était, elle exerça la même surveillance sur les autres suspects.

Ce récit, au cours duquel elle s'animait de plus en plus, ne tardait pas à prendre l'allure d'un accès hypomaniaque. Elle gesticulait, tapait du poing, avait des sous-entendus grivois affirmant pour chacun le droit à l'amour et au libre exercice de la volupté, mais à la condition de ne nuire à personne, de ne voler personne, de payer en argent tout ce qu'on achète.

Les renseignements recueillis auprès de sa famille et rectifiés par les pièces du dossier et les déclarations des visiteurs, sont les suivants : veuve depuis 5 ans, n'ayant pendant son mariage jamais exercé de métier, elle vivait avec ses deux enfants, âgés de 22 et 25 ans, dans l'appartement où le ménage s'installa il y a 26 ans. Depuis son veuvage, qui remontait à 5 ans, elle avait essayé, à diverses reprises, de se placer, soit comme femme de ménage, soit comme ouvrière d'usine, mais sans succès, elle ne resta au travail chaque fois que quelques mois, elle était trop faible, elle n'en pouvait plus, l'effort lui faisait perdre l'appétit et le sommeil, expliquait-elle à ses enfants. Et ceux-ci ne s'en étonnaient guère, car, d'une part, elle avait dû subir, en 1931, une hystérectomie pour kyste, et, d'autre part, elle avait toujours gémi, suffisant à peine à son rôle de mère de famille.

Elle avait refusé presque toujours de participer aux promenades, d'aller au théâtre, de partir en vacances avec son mari et ses enfants, elle passait les journées recluse ou même couchée, se disant fatiguée et neurasthénique. Elle n'aimait guère les visites parce qu'on la traitait parfois de paresseuse.

Bien rares avaient été les périodes où elle s'était montrée gaie et sociable. Ces périodes ne duraient guère et l'entourage, ne s'en plaignait pas, car alors elle devenait vite insupportable, voulant donner des leçons à tout le monde et apprendre à se conduire aux gens.

En ces tous derniers mois, sa conduite était devenue tapageuse. Elle s'était mise en frais de toilette. Elle avait voulu, malgré ses enfants, entrer dans une usine, se sentant des forces à dépenser, mais ça n'avait pas marché longtemps. Elle rentrait le soir, s'indignant de ce qu'elle avait constaté pendant le jour et de la justice humaine. Finalement, elle annonçait que le concierge, après l'avoir traitée de folle et de paresseuse, parce qu'elle voulait l'obliger à pointer correctement les cartes des ouvrières, l'avait fait mettre à la porte. Malgré cette oisiveté, elle ne restait pas à la maison, était en retard pour la préparation des repas, parlait de la conduite déréglée des poules de luxe, montait l'escalier en chantant parfois à tue-tête, si bien que les voisins ou même les passants la suivaient dans l'escalier. Elle s'enfermait dans sa chambre, se mettant toute nue sous prétexte de chaleur et ouvrait la porte pour se rafraîchir. De sa fenêtre, elle interpellait les promeneurs qu'elle appelait espions, en riant. Dans la rue, elle provoquait parfois des attroupements, tant était bizarre sa conduite.

La concierge, les enfants et les locataires ne furent donc pas surpris de son internement, mais tous déclarèrent que son dérangement cérébral ne datait que de quelques mois.

A l'asile, sa conduite ne fut jamais extravagante. Dès le début, elle avait demandé à travailler, on le lui accorda, et, pendant toute la durée de son séjour, elle assura à elle seule le nettoyage des dortoirs de tout son quartier, cirant, balayant, brossant. Pendant le même temps, sa mise fut aussi élégante que le permettait l'uniforme réglementaire, et son visage fardé à l'aide de crayons qu'elle achetait. Enjouée, ironique, elle était légèrement érotique dans ses propos avec le médecin et les internes, auxquels elle demandait sa sortie pour aller trouver un bon ami; elle était aimable et serviable avec les infirmières, mais avec la plupart des malades, elle manquait de patience, giffant celles qui étaient trop longues à comprendre ou celles qui salissaient son plancher.

Par contre, elle s'entendait à merveille avec deux maniaques très érotiques et tenait avec elles des propos franchement lubriques. Le coucher et le lever étaient prétextes à exhibitions aux cours desquelles elle vantait ses charmes et déplorait leur inutilité actuelle, avec des gestes plus qu'équivoques.

Cet état hypomaniaque exista seul pendant les six derniers mois du séjour à Vaucluse. Il n'était plus question de redresser les torts d'autrui. De ses prétendus ennemis, elle ne se plaignait plus du tout, se contentant de gémir en souriant sur la dureté de la continence et sur la difficulté qu'elle avait à être patiente. Peu à peu, son impatience diminuait, elle put travailler en compagnie, soutenir des discussions sans colère. Et on lui accorda sa sortie au mois d'octobre. Depuis, les renseignements nous ont appris qu'elle vaquait correctement à ses occupations de ménagère.

Il s'agit donc d'une cyclothymique dont les accès de dépression revêtent la forme classique et dont les accès d'excitation revêtent parfois la forme d'un délire de persécutée persécutrice. Elle prétend redresser les torts et corriger autrui.

Nous serons brefs sur les réactions de persécutrice, elles n'ont rien de surprenant. Depuis longtemps a été reconnue la parenté du délire de persécution et de la manie. « Les revendeurs, disent excellemment Sérieux et Capgras, sont des maniaques raisonnants. » A ce point de vue, il n'y a à retenir que le pittoresque de ce délire qui donna lieu à une conduite don quichottesque plus amusante que dangereuse.

Nous insisterons uniquement sur les réactions de persécutée. Nous avons là un exemple très net de ce que M. Georges Petit (1) a, dans un récent et très intéressant travail, appelé avec raison la phase dysphronique de la manie, phase pendant laquelle le malade interprète la conduite de son entourage d'une façon qui rappelle celle du persécuté. C'est à distinguer l'interprétation paranoïaque de l'interprétation maniaque que nous nous efforcerons. L'intérêt de notre malade réside en effet dans la netteté des caractères différentiels de ces deux dysphronies qui, ainsi que l'a fort bien montré M. Capgras (2), sont différentes.

L'interprétation du maniaque qui se dit persécuté est basée sur des faits réels d'hostilité apparente. Il est vrai que notre malade pendant ses périodes de dépression était traitée de paresseuse ou d'incapable et qu'on exigeait d'elle un travail supérieur à la capacité de ses forces. Il est vrai que pendant ses périodes d'excitation, elle était injuriée menacée, frappée par ceux dont elle voulait redresser les torts, qu'elle était regardée dans la rue et suivie dans l'escalier par ceux que ses extravagances, ses promenades demi-nue interroquaient, amusaient ou révoltaient,

(1) PETIT. — Paranoïa et excitation maniaque. *Ann. Médico-Psych.*, 1933, t. I, p. 369.

(2) CAPGRAS. — Psychoses mixtes. Paranoïa maniaque dépressive. *Semaine des Hôpitaux*, juillet 1933.

qu'on la renvoyait de ses places en la traitant de folle et que tous ces gens-là avaient voulu la faire enfermer.

Ce n'est donc pas sur l'évaluation des faits invoqués, ni sur la notation de leurs éléments que l'interprétation maniaque manque de clairvoyance. Où elle pêche, c'est dans l'appréciation des sentiments qui animaient les auteurs de ces faits et dans la méconnaissance de l'origine de ces sentiments. Le maniaque voit dans les actes hostiles dont il est l'objet, l'expression d'une malveillance toute spontanée et toute injustifiée, alors qu'en réalité ces actes ne sont que l'expression de l'indignation, de la colère, de la surprise ou de la simple incompréhension causées par sa propre conduite. Il ne voit pas que *l'hostilité d'autrui n'a pour déterminisme que sa propre insociabilité*. Notre malade disait la vérité en décrivant les gestes et les propos des personnes de son entourage pour se débarrasser d'elle en la faisant interner. Mais elle ne disait pas toute la vérité puisqu'elle n'ajoutait pas, qu'elle avait commencé par les embarrasser avec ses inquisitions policières, ses gaités bruyantes, ses coquetteries tapageuses, ses exhibitions équivoques, ses énigmatiques réclusions.

En résumé, l'interprétation du maniaque est moins erronée qu'incomplète. Elle est secondaire à la perception exacte de faits réels. C'est la conclusion de constatations incontestables. Elle trouve de la malveillance dans la conduite des autres sans la rechercher systématiquement. Elle est due plus à une insuffisance de la durée d'application du jugement qu'à son manque de rectitude. Les persécuteurs du maniaque sont des gens avec qui il a eu maille à partir. Le maniaque en accusant dit une partie de la vérité.

L'interprétation paranoïaque, au contraire, est erronée d'un bout à l'autre. Elle est primitive, ou mieux, préconçue, devançant ou tout au moins accompagnant la perception qu'elle altère. Elle porte sur des faits insignifiants ou toujours contestables. Elle épie la malveillance dans la conduite des autres avant de l'avoir trouvée. Elle est due à la viciation affective du jugement. Les persécuteurs du paranoïaque sont des gens qui, bien souvent, n'ont eu pour lui que de bons procédés. Le paranoïaque en accusant ne dit rien de la vérité.

Signalons que ces caractères distinctifs ont déjà été signalés par l'un de nous (1) dans une étude intitulée : Les faux délires. Cette expression est peut-être moins critiquable qu'il ne le

(1) COURBON. — Les faux délires. *Ann. Médico-Psych.*, 1926, t. II, p. 231.

paraît, car la sincérité du maniaque qui se plaint d'être persécuté est bien souvent douteuse. C'est la sincérité de l'avocat conscient de défendre une pas très bonne cause. Halberstadt (1), dans une de ses revues générales si documentées et si critiques, exposa, en 1930, la question des rapports de la manie et du délire. Il cite cette remarque très juste de Bumke : que le maniaque, de par son tempérament, entre en conflit avec l'ambiance et interprète comme un délirant les échecs qu'il est appelé à subir.

Pour conclure en un mot : *l'idée de persécution dans la manie est basée sur l'hostilité apparente de l'attitude que l'insociabilité du maniaque détermine chez les gens qui l'entourent. Elle n'est délirante que par la méconnaissance de ce déterminisme.*

Quand on ne trouve pas ce caractère dans les idées de persécution d'un maniaque, c'est que pour l'une des raisons exposées par Capgras la manie n'est pas pure : ou bien il s'agit de deux psychoses associées, ou bien un incident toxi-infectieux a greffé un épisode onirique, ou bien le sujet est à la fois cyclothymique et émotif ou paranoïaque.

La séance est levée à 17 heures 45.

Les Secrétaires des séances,

P. COURBON et P. ABÉLY.

(1) HALBERSTADT. — Syndromes anormaux au cours de la psychose maniaque dépressive. *Ann. Médico-Psych.*, 1930, t. I, p. 117.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du Jeudi 11 Janvier 1934

Présidence : M. VURPAS, président

Mouvements anormaux unilatéraux de l'épaule à type d'agitation motrice, d'origine congénitale, par MM. Henri SCHAEFFER et René BIZE.

Une jeune fille de 24 ans présente une agitation motrice de l'épaule droite sous forme de secousses rapides, irrégulières, arythmiques, prédominant sur le groupe des rotateurs externes et des adducteurs, des rotateurs internes et des abducteurs de l'épaule.

Du même côté, la malade présente un héli-syndrome pyramidal droit discret, et un syndrome cérébelleux très fruste. Les auteurs montrent les caractères qui distinguent cette agitation motrice de celle que l'on observe dans les lésions de la partie supérieure du noyau rouge. Le caractère congénital des accidents est en faveur de cette hypothèse. Le traumatisme obstétrical associé au terrain héréd-spécifique semblent avoir présidé à la genèse de l'affection.

Discussion. — M. Lhermitte, tout en accordant aux auteurs l'origine rubrique des mouvements décrits ainsi que leur peu de ressemblance avec la chorée croit cependant que le nom de myoclonies peut leur être appliqué si l'on s'en tient au sens étymologique du mot myoclonie.

Un long débat s'installe aussitôt entre MM. Guillaïn, Schaeffer et Krebs d'une part, MM. Thomas, Souques et Lhermitte d'autre part. Pour les premiers, le nom de myoclonie ne saurait s'appliquer à des mouvements amples, non rythmés et entraînant un déplacement segmentaire du membre. Le sens

étymologique de ce mot ne leur paraît pas avoir prévalu et ils pensent que l'usage réserve le nom de myoclonies à des secousses fibrillaires, rythmées, s'étendant à un muscle ou à un groupe de muscles, mais n'entraînant point en véritables mouvements.

Pour les seconds, l'usage n'a consacré le sens étroit du mot myoclonie que pour les myoclonies de l'encéphalite épidémique, et pour leur part ils n'hésitent pas à appeler myoclonies certains mouvements anormaux, même lorsqu'ils entraînent un déplacement segmentaire du membre.

M. Baudoin clôt la discussion en réclamant une nomenclature neurologique internationale.

Traitement chirurgical des troubles trophiques dans un cas de polyomyélite antérieure aiguë, par MM. André THOMAS, SORREL et Mme SORREL.

Ces auteurs présentent une malade âgée de 14 ans qui, à 3 ans, subit une atteinte sérieuse de polyomyélite antérieure aiguë entraînant une paralysie avec gros troubles trophiques. Une double arthrodèse des genoux et une rééducation fonctionnelle ont permis la récupération de la marche et la disparition des troubles trophiques.

Discussion. — M. Lhermitte se demande si l'amélioration remarquable des troubles trophiques n'est pas due à la section des filets nerveux des veines, opération pratiquée dans un but thérapeutique par Maresti en Italie, pour la cure radicale des varices.

M. Sorrel répond que l'amélioration n'est que passagère dans l'opération de Maresti et durable dans le cas présent.

Méningiome suprasellaire à symptomatologie mentale. Ablation de la tumeur et du lobe préfrontal droit. Guérison, par MM. ALAJOUANINE, THUREL et GUILLAUME.

Dans ce cas, le néoplasme cérébral évolua pendant deux ans avec un tableau de confusion mentale typique. Après intervention et ablation de la tumeur et du lobe préfrontal droit, les signes s'accusèrent pendant deux mois, pour disparaître. Actuellement, la malade est guérie.

Les auteurs indiquent le peu de valeur localisatrice de la confusion mentale dans les tumeurs cérébrales.

Discussion. — M. H. Baruk précise les caractères des troubles mentaux propres aux tumeurs du lobe frontal et leur attribue, contrairement aux auteurs, une grande valeur diagnostique.

Sur un cas de diabète insipide consécutif à une intervention sur la région sellaire, par MM. ALAJOUANINE, de MARTEL, THUREL et GUILLAUME.

Les auteurs présentent une malade chez laquelle s'est installé, au cours d'une intervention sur la région sellaire, un diabète insipide. Son apparition soudaine avant toute action sur l'hypophyse adénomateuse permet d'affirmer son origine nerveuse. Sa précession de la polydipsie sur la polyurie et les résultats de différentes thérapeutiques sont le point de départ de considérations sur le mécanisme physiopathologique du diabète insipide.

Tumeur angiomateuse et calcifiée insérée sur le plancher du IV^e ventricule. Ablation. Guérison, par MM. Mareel DAVID, G. LOISEL, C. RAMIREZ et M. BRUN.

Les auteurs présentent une malade chez laquelle on a pu enlever une tumeur insérée sur toute l'étendue du plancher du IV^e ventricule. Cette tumeur était composée de deux portions : l'une, inférieure, charnue, du volume d'une grosse noisette très adhérente à l'étage bulbaire du plancher ; l'autre, supérieure, calcifiée, semblable à une dent, étendue de la face dorsale de la protubérance à la valvule de Vieussens. Après section du vermis, la tumeur put être désinsérée du plancher à la pince électro-coagulante et la valvule de Vieussens fut incisée sans qu'il s'en suivit de troubles graves de la respiration et du pouls. Les suites opératoires furent simples et la malade est actuellement guérie. Histologiquement, il s'agit d'un angiome capillaire. Les angiomes capillaires du IV^e ventricule sont rares ; ils doivent être distingués des hémangioblastomes, type Bailey et Cushing, beaucoup plus fréquents.

Un cas anatomo-clinique de tumeur de la moitié inférieure du IV^e ventricule évoluant depuis longtemps sans distension ventriculaire importante, par MM. J.-A. CHAVANY, M. DAVID et M. ROIZÈS.

Une femme de 38 ans présente, il y a six ans, les premiers signes d'une hypertension intra-cranienne, ils s'accroissent notablement depuis deux ans et prennent une allure aiguë il y a deux mois. Stase papillaire bilatérale postérieure. La ventriculographie ne dénote pas la distension ventriculaire attendue. Trépanation décompressive sous-temporale, mort 3 jours après. A la vérification, tumeur du type épéndymaire de Cushing (glioblastome isomorphe de del Río Hortega), qui oblitère seulement la partie bulbaire du IV^e ventricule, laissant perméables les trous de Luschka, ce qui explique l'absence de distension ventriculaire. Il est difficile d'incriminer l'intervention comme cause du décès, car de telles tumeurs ont souvent des issues fatales brusques sans aucun acte opératoire préalable.

Histopathologie de la syringomyélie traitée par les rayons X,
par MM. J. LHERMITTE, NEMOURS-AUGUSTE et J. TRELLES.

Les auteurs rapportent un cas de syringomyélie cervicale typique chez une femme de 45 ans, qui fut traitée par la Radiothérapie et très grandement améliorée. Malheureusement, cette patiente succomba à une septicémie secondaire à un phlegmon analgésique des gaines des fléchisseurs de la main, après avoir subi deux séries d'irradiations.

La moelle montre ici une discrète gliomatose dans la région cervicale irradiée et une prolifération névroglique beaucoup plus accusée dans la région dorsale qui échappa à l'irradiation. D'autre part, on peut constater l'absence absolue de tout phénomène réactionnel d'ordre vasculaire ou méningé. On remarque aussi la prolifération des acini mammaires du côté malade, associée à l'hypertrophie fibreuse du mamelon.

L'irradiation roentgénienne constitue la meilleure arme thérapeutique contre la syringomyélie.

Hémi-hypertrophie du corps de type congénital, totale et pure associée à un dolicho-colon, par MM. G. GUILLAIN et P.-R. BIZE.

MM. G. Guillaïn et P.-R. Bize rapportent un cas d'hémi-hypertrophie du corps, d'origine congénitale, de type total ; c'est-à-dire portant, non seulement sur les membres, la tête, le tronc, les fesses, mais encore l'œil, la langue, le voile du palais, le pharynx, le sein et les organes génitaux externes du même côté ; cette inégalité de développement, portant sur l'os et les parties molles, non seulement sur la largeur, mais encore sur la longueur, mais sans asymétrie dans le degré d'ossification et de l'évolution des points d'ossification. Cette malformation est pure, c'est-à-dire indépendante de tout *nævus cutané* ; il s'y associe du même côté une hémi-hypotonie articulaire, une légère diminution de la force musculaire, et de l'hypothermie. Mais surtout, il y a association de malformations coliques à type de dolicho-colon sub-total et surtout de mega-dolicho-colon sigmoïde.

La selle turcique : Etude radiologique dans les tumeurs de l'hypophyse, par MM. P. PUECH et STUHL.

Projection d'une série de clichés et de schémas faisant partie d'un travail inédit de P. Puech sur les tumeurs de l'hypophyse et de la région hypophysaire. Les auteurs montrent, dans chaque cas particulier, les aspects radiologiques que l'expérience clinique et opératoire leur permet de considérer comme les plus caractéristiques.

Les selles d'adénomes chromophobes sont des selles agrandies dans tous leurs diamètres, à parois atrophiques, à orifice supérieur élargi. Elles se détruisent plus vite que les selles d'adénomes acidophiles.

Les selles d'adénomes acidophiles sont différentes : au ballonnement sous l'effet de la pression intracellulaire, s'ajoutent en effet ici des modifications propres à l'acromégalie. Les parois sont plus épaisses, les apophyses clinoides sont plus longues et plus épaisses, le tubercule de la selle très anormalement saillant forme un véritable bec entre les deux nerfs optiques. Ce « bec acroméganique » est en majeure partie lié à la proéminence à ce niveau du sinus sphénoïdal agrandi. Le bec acroméganique, très caractéristique des adénomes acidophiles, contribue à rétrécir en avant l'orifice supérieur de la selle, qui est plus ferme que dans les adénomes chromophobes.

Les auteurs précisent, pour finir, l'intérêt clinique et chirurgical de ces remarques.

P. MARESCHAL.

Société de Médecine légale de France

Séance du 8 Janvier 1934

Présidence : M. DERVIEUX, président

Un expert peut-il entendre des témoins et s'adjoindre un spécialiste ?
par M. DUVOIR.

M. Duvoir signale que depuis la dernière séance où il a discuté ces deux questions à propos d'un jugement frappé d'appel, la Cour a rendu son arrêt. D'une part, elle a admis le droit pour les experts d'entendre des témoins, car leurs déclarations ne valent qu'à titre de renseignements. D'autre part, elle a précisé que les experts pouvaient consulter des spécialistes, mais à condition, munis de cette documentation, de formuler ensuite leur appréciation personnelle. Et c'est pour ne pas l'avoir fait que la Cour a confirmé le jugement du Tribunal annulant le rapport d'expertise.

M. Hugueney précise que, au sens juridique du mot, « à titre de renseignement » signifie : sans prestation de serment préalable.

Le spécialiste consulté par l'expert, ne doit donc pas être appelé à prêter serment et les indications que ce spécialiste peut donner ne constituent qu'un élément secondaire de l'expertise.

M. Mauclore fait observer que dans l'affaire en cause, les experts dans leur rapport, n'avaient pas simplement entériné l'avis du spécialiste consulté, mais avaient discuté, d'après leur propre opinion, les indications de l'opération et ses conséquences.

Du droit des médecins experts de s'entourer de tous renseignements utiles au cours de l'expertise, par M. MULLER.

M. Muller rapporte un jugement de Lille du 23 janvier 1933, confirmé par un Arrêt de la Cour d'Appel de Douai du 22 juin 1933, qui précise que l'expert excède ses pouvoirs lorsque, dans une expertise, il recourt à un examen spécial quelconque si le Tribunal n'a pas mentionné dans le Jugement : « en s'entourant de tous renseignements utiles ». Il montre que ce jugement limitant les droits de l'expert rendrait difficile, s'il faisait jurisprudence, la pratique de l'expertise et plus longues les procédures. Ce

jugement s'oppose d'ailleurs aux règles précédemment admises, et en particulier à un arrêt de la Cour de Paris (Aff. Crawford).

M. *Mauclore* estime que ce jugement démontre que les juges tiennent à désigner eux-mêmes le spécialiste.

M. *Hugueney* fait observer que l'expert désigné par la Justice, doit toujours garder la première place et que les autres techniciens consultés ne sont jamais que des « auxiliaires d'experts ».

M. *Sauvard* note que le Tribunal a omis, dans cette affaire, de stipuler qu'il n'était désigné qu'un seul expert « du consentement des parties ». Cette mention doit être portée lorsque les 3 experts régulièrement prévus ne sont pas commis.

M. *Bourgeois* signale « qu'en conciliation » un seul expert suffit.

L'état de démence en médecine légale, par M. BENON.

L'auteur commente les diverses propositions faites en vue de la Réforme du Code pénal en ce qui touche à la modification de l'article 64. Le texte proposé par la Société Médico-Psychologique, dans sa séance du 23 octobre 1933, ne le satisfait pas. (« Est exempt de peine l'inculpé qui, en raison d'un état mental pathologique, était incapable, au moment de l'acte, d'en apercevoir le caractère immoral ou injuste, ou de se déterminer en conséquence »). Il craint que les aliénistes ne s'entendent pas sur les faits cliniques qui constituent des « *maladies mentales* ». Les uns voudront y incorporer les *anomalies mentales*, les autres s'y refuseront. M. Benon est de ces derniers. Il considère que la place des pervers, récidivistes ou non, n'est pas à l'asile. Ces sujets doivent être emprisonnés, car on ne peut ni les corriger (point de vue moral), ni les guérir (point de vue médical).

Nouveau code pénal et perversité, par M. BENON.

L'auteur s'élève contre les dispositions prévues dans l'article 73 du projet du nouveau code pénal. Cet article envisage l'internement éventuel des alcooliques, des toxicomanes et des malades mentaux délinquants. Il estime que les alcooliques et les toxicomanes, pervers récidivistes, ne peuvent être mêlés aux véritables aliénés. Il faudrait alors créer pour eux des maisons de santé spéciales. Il est impossible, pratiquement, de faire du pervers-récidiviste, un malade mental, la seule mesure sociale protectrice à envisager pour lui est l'emprisonnement. M. Benon croit que la réadaptation sociale des pervers-récidivistes, dans des établissements de travail spéciaux, est un leurre, car il considère ces sujets comme incorrigibles.

Bureau de la Société de Médecine légale de France pour 1934

Président : D^r F. DERVIEUX ;

Vice-Présidents : D^r ROBINEAU et M. SAUVARD ;

Secrétaire général : D^r DUVOIR ;

Secrétaires des séances : D^{res} PIÉDELIEVRE et LYON-CAEN ;

Trésorier : D^r BRIZARD ;

Archiviste : D^r FRIBOURG-BLANC.

FRIBOURG-BLANC.

Société Française de Psychologie

Séance du Jeudi 14 Décembre 1933

Présidence : M. René CHARPENTIER, président

L'indépendance des mouvements oculaires chez les amammaliens
(avec projections cinématographiques), par M. A. ROCHON-DUVIGNEAU.

Chez les animaux autres que les mammifères, les mouvements des globes oculaires, bien que la convergence soit possible, ne seraient en règle générale ni synchrones, ni symétriques ; le caméléon, comme en font foi d'intéressants documents cinématographiques, est un remarquable exemple de cette indépendance, qui serait en rapport avec un croisement complet des voies optiques et l'absence de vision binoculaire.

Dans la *discussion*, au cours de laquelle interviennent notamment MM. Lapique, Tournay et Meyerson, on souligne l'opposition entre les amammaliens, chez lesquels la convergence serait un mouvement du type volontaire, et les mammifères, chez lesquels elle est un mouvement du type automatique associé.

D. LAGACHE.

Election du Bureau pour 1934

Président : M. LALO ;

Vice-Président : M. LAHY ;

Secrétaire général : M. I. MEYERSON ;

Trésorier : M. LUQUET.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 30 Décembre 1933

Présidence : M. P. DIVRY, président

Y a-t-il plus de débilés mentaux en prison que dans la population libre ?
par M. L. VERVAECK.

Les recherches des auteurs qui ont étudié ce problème ont fourni les résultats les plus variables. C'est que les auteurs ne sont d'accord ni sur les définitions, ni sur les méthodes. A côté des débilés mentaux simples, il y a les débilés de caractère, du comportement. Il y a aussi les insuffisants mentaux.

Les travaux américains récents arrivent à la conclusion qu'il n'y a pas plus de débilés mentaux dans les prisons que dans la population libre ou dans l'armée.

Les tests de Binet ne conviennent pas ici : leur application classe 40 0/0 des recrues militaires en-dessous de la normale.

Des tests spéciaux ont été élaborés. Leur application tendrait à faire croire que le taux des débilés est en augmentation aux Etats-Unis. Les recherches pratiquées en Belgique mais sur une moindre échelle, permettent de dire que la proportion des débilés mentaux dans l'armée est moins grande que celle obtenue par les auteurs américains. Il y aurait lieu cependant de poursuivre des recherches, d'élaborer des tests spéciaux et de pousser les investigations en sériant les sujets, dans les divers groupes sociaux ; M. Vervaeck émet un vœu dans ce sens.

Intelligence et criminalité, par M. DE GREEF.

L'auteur montre par des graphiques les résultats des recherches qu'il a entreprises chez les détenus. Ceux-ci sont classés en quatre groupes : assassins et escrocs, condamnés pour attentat à la pudeur, pour coups et blessures et enfin pour vol.

Les tests de Vermeylen ont été utilisés. La courbe est voisine de la normale pour le premier groupe, inférieure pour les autres, en ce qui concerne le jugement. L'habileté manuelle et les facultés d'acquisition sont en général assez bonnes.

L'auteur donne encore certains détails qui doivent être lus dans l'original, et termine par des considérations sur les mesures prophylactiques.

Un cas de tétanie post-opératoire avec troubles mentaux graves,
par MM. H. BADONVILLE, J. LEY et J. TITECA.

Il s'agit d'une femme de 40 ans qui, depuis dix ans, présentait un état d'hyperparathyroïdisme, auquel se sont ajoutés récemment des signes de dysthyroïdie.

Quinze jours après la thyroïdectomie sub-totale, sont apparues des crises de tétanie avec troubles psychiques graves. Ceux-ci ont débuté par une tentative de suicide au cours d'un raptus anxieux ; la malade présentait un état confusionnel et mélancolique avec hallucinations.

Les auteurs, après avoir discuté les rapports qui unissent les syndromes tétaniques, les dysparathyroïdies et les troubles du métabolisme calcique, résument les quelques observations connues de tétanie s'accompagnant de troubles mentaux graves. De cette étude se dégage la conclusion, confirmée par l'observation rapportée, que le syndrome mental lié à la tétanie se caractérise par un état confusionnel hallucinatoire avec crises d'agitation anxieuse, au cours desquelles les tentatives de suicide ne sont pas rares. L'analogie qui existe entre ce syndrome et certaines crises périodiques de mélancolie anxieuse est à retenir, car il ne s'agit peut-être pas là d'une simple coïncidence.

J. LEY.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

La pathologie du caractère, par S. BOROWIECKI (*Rocznik Psychjatryczny*, fasc. XX. 1933).

Le caractère est une expression individuelle de l'histoire de la vie d'une personne. Il faut aborder cette histoire par les aïeux et par la famille. La constatation de la disposition héréditaire ouvre des perspectives plus larges pour l'analyse psychopathologique. Provisoirement, on peut définir le caractère comme étant une réaction individuelle aux agents extérieurs se manifestant dans toute l'histoire de la vie. Pour un clinicien, cette façon individuelle est étroitement liée à *la disposition aux différentes maladies ou anomalies*. Ainsi l'abîme entre la santé et la maladie n'existe pas au point de vue psychopathologie contemporaine.

Nos connaissances concernant l'hérédité du caractère et de son substratum somatique sont encore si réduites que les recherches sur le façonnement du caractère par suite des relations d'un individu avec son milieu ne doivent être nullement négligées. Les névroses — une forme importante des psychopathies — entraînent toujours l'isolement du malade par rapport à son entourage, et on peut voir en elles un mode spécial de réaction de l'individu avec la société. Ce n'est qu'ainsi qu'il faut envisager aussi les autres personnalités psychopathiques. Ce n'est de même que la recherche des relations entre l'individu et le milieu qui rend possible l'analyse de la structure des psychopathies et qui, en mettant en évidence leurs différents composants, nous permet de les considérer aussi au point de vue des tendances, c'est-à-dire du caractère. En général, *le trouble de l'harmonie entre les buts individuels et les buts collectifs est significatif pour le caractère psychopathique*. En s'appuyant sur une analyse minutieuse des relations entre l'individu et le milieu, nous pourrions discerner l'influence héréditaire de l'influence du milieu, déterminer dans quelle mesure chacun de nous peut être sujet à une psychopathie, quelles sont les limites de la variabilité des dispositions sous l'influence du milieu, etc.

Psychopathes et caractères anormaux (Psychopathen und abnorme Charakter), par P. SCHRÖDER. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1933, n° 26.

Les états psychopathiques constitutionnels sont en majeure partie du domaine de la caractériologie et non de celui de la pathologie. Des troubles de nature disparate ont été réunis dans le cadre des psychopathies, que l'auteur voudrait voir disparaître jusqu'au nom même qui le désigne. Car il vaut mieux, dit-il, éliminer ce terme que d'essayer de lui trouver une meilleure définition. Certains psychopathes sont du domaine des psychoses, dont ils représentent des formes légères. Mais cette notion a amené les psychiatres à des généralisations abusives, a fait que dans le cadre déjà peu solide de la schizophrénie, on a voulu englober, par l'intermédiaire des « schizoïdes » et des « schizothymes », jusqu'aux sujets normaux. Des déficiences somatiques avec répercussion psychique sont également rattachées aux psychopathies. Le reste, les psychopathies constitutionnelles proprement dites, ne sont pas des états morbides ; ce sont des variantes du caractère normal avec déséquilibre entre le développement des diverses facultés, sans intervention d'une cause pathologique. Une grande partie des débiles mentaux ne doivent pas être compris autrement.

E. BAUER.

L'influence des caractères acquis raciaux et familiaux sur les psychoses (Familiäre und stammesmäßige Züchtungsformen bei Psychosen), par E. KRETSCHMER. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1933, n° 28.

Les psychoses et leurs différentes formes cliniques n'ont pas la même fréquence dans des régions de l'Allemagne aux populations nettement différentes. C'est ainsi qu'en Hesse, les manies et les tempéraments hypomaniaques sont rencontrés rarement et presque exclusivement chez des immigrés, et qu'en Suabe, les paranoïaques sont fréquents, ce qui cadre avec les dispositions poétiques et philosophiques de cette population. L'auteur insiste également sur les particularités d'aspect imprimées aux psychoses par le niveau intellectuel familial autant qu'individuel.

E. BAUER.

Van Gogh. Les relations entre sa vie, sa maladie et son œuvre, par Mme Françoise MINKOWSKA. *L'Evolution Psychiatrique*. T. III, fasc. 1, pp. 53-76, 1933.

C'est le diagnostic d'épilepsie qu'il conviendrait d'appliquer au cas du peintre hollandais van Gogh. Ses crises, ses impulsions, ses actes bizarres, suggérés ou partiellement inhibés, entrent dans le cadre du mal comitial et Mme Minkowska réfute l'hypothèse de schizophrénie soulevée par certains auteurs.

L'œuvre de van Gogh révèle l'évolution de ses troubles par les transformations même de son inspiration. Dans la période relativement calme, le style, profondément original, montre un constant souci du détail, l'emploi patient du dessein hachuré, la condensation de la couleur. Plus tard, le caractère de l'artiste est plus tourmenté, anxieux et irritable ; sa ligne ser-

penée, le mouvement général des œuvres se déchaîne. Enfin, van Gogh lutte pour ne pas succomber sous les atteintes du mal et son dernier tableau symbolise cette double tendance d'élévation et de chute.

Mme Minkowska nous donne les reproductions de 6 œuvres marquantes du peintre et les analyse en faisant appel, non pas à l'inconscient, mais au sens de la forme, manifestation vivante du dynamisme. L'application des données d'une véritable psychopathologie « structurale » lui permet de nous rendre sensible la personnalité changeante de van Gogh, telle qu'elle ressort de l'examen de sa vie, de sa psychose et de son œuvre.

P. CARRETTE.

Emotions provoquées et pression artérielle chez les dysthymiques, par Eugenio de ANGELIS (Rome). (*Rivista Sperimentale di Frenatria*, 30 juin 1933).

L'auteur pense que ses expériences ont une grande utilité, tout d'abord pour définir la variété de dysthymie, mais surtout pour préciser le pronostic. C'est ainsi qu'un mélancolique qui n'aura aucune modification de la pression sanguine aux stimulations émotives, présentera une forme habituellement grave et qui dans tous les cas sera encore très éloignée de la guérison. Inversement, si ce mélancolique réagit fortement au sphymographe après l'émotion provoquée, il sera légèrement atteint et devra guérir dans un temps assez prochain.

De même, M. de Angelis prétend que la maladie sera moins grave chez le sujet dysthymique qui a une modification de la pression sanguine, seulement à une émotion triste ou déplaisante que chez celui qui présente la même modification à une émotion joyeuse. Enfin, cette même expérimentation permettrait d'apprécier la disposition à l'anxiété et la forme possible de cette anxiété.

P. ABÉLY.

Deux cas de schizomanie périodique, par Ettore RIETI, Médecin-Chef à l'Asile d'Aliénés de Turin. (*L'Encéphale*, janvier 1933, T. I, page 34).

Psychose périodique ou démence précoce ? Diagnostic toujours difficile à préciser. L'auteur rapporte deux observations de malades chez qui il observe depuis 8 et 9 ans, tour à tour, mais différemment ordonnés, les symptômes de l'une et l'autre affection : excitation, dépression du type manie mélancolique alternant avec des périodes de calme inactif avec ambivalence, puérilisme chez l'une ; excitation du type hétérophrénique alternant avec des périodes de calme pouvant presque en imposer pour des intervalles lucides de périodiques chez l'autre.

Psychose périodique ? Psychose circulaire chez des schizoïdes ? Schizophrénies atténuées ? L'auteur pense que la mentalité schizoïde constatée chez ses deux malades, l'évolution de leurs maladies par poussées, l'autorisent à porter le diagnostic de schizomanie périodique. Il attache une grande importance au symptôme « puérilisme mental » déjà décrit par MM. Claude et Robin sous le nom de « Puérilisme schizomaniac ».

Roger ANGLADE.

Intuitions délirantes, Obsessions et Syndrome d'action extérieure, par H. CLAUDE et J. DUBLINÉAU. *Encéphale* n° 5, mai 1933, p. 350.

Dans ce travail, les auteurs analysent l'intuition délirante et l'obsession dans leurs rapports avec le syndrome d'action extérieure et montrent le rôle joué par ces trois ordres de faits dans le mécanisme d'apparition de certains délires.

Entre l'obsession, l'intuition et le syndrome d'action extérieur, existe toute une gamme de faits de passage que les auteurs s'appliquent à nous faire saisir et qui leur permettent de donner à ce syndrome une signification logique.

Roger ANGLADE.

NEUROLOGIE

Fracture du crâne et méningite puriforme aseptique, par Pierre MOIROUD. *Le Progrès Médical*, n° 48, p. 2017, 26 novembre 1932.

A côté des complications méningées inflammatoires, on observe à la suite des fractures du crâne des méningites traumatiques dans lesquelles le liquide céphalo-rachidien ne renferme pas de germes pathogènes, ni de cellules altérées. La xanthochromie existe fréquemment, ainsi qu'une forte polynucléose dont l'évolution est un guide important du pronostic. Si elle tend à s'abaisser, malgré l'intensité persistante des signes cliniques, on peut escompter une amélioration prochaine et une évolution favorable.

P. CARRETTE.

Hydrocéphalie externe active, observation de trois cas. (Active External hydrocephalus. A Report of Three Cases), par W. JAMES GARDNER. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, juin 1932.

Les signes d'hypertension intracrânienne et la stase papillaire avaient orienté le diagnostic qui fut confirmé par encéphalogramme. Cette hydrocéphalie peut être appelée active par son évolution progressive. La dilatation des espaces sous-arachnoïdiens au niveau des hémisphères cérébraux fut traitée par une décompression sous-temporale, suivie de guérison complète.

P. CARRETTE.

Deux cas d'hémorragie cérébrale avec autopsie, par Theodor DOSUJKOV et Karel URTL. *Revue v Neurologii a Psychiatrii*, n° 10, octobre 1932.

L'hémorragie qui touche dans le premier cas les 3 circonvolutions frontales, le lobe pariétal et le corps calleux, ne s'accompagne pas de perte de connaissance, tandis que dans le second cas, elle intéresse le corps strié, la partie latérale de la couche optique, les capsules interne et externe; la perte de connaissance est complète. Ces 2 observations s'opposent et vérifient l'hypothèse de Haškovec sur la nécessité pour maintenir l'état de conscience, de l'intégrité de la substance grise du 3^e ventricule.

P. CARRETTE.

Relations du cerveau avec le cervelet. I. Tremblement cérébelleux chez le chat et son absence après ablation des hémisphères cérébraux (Relation of the Cerebrum to the Cerebellum. I. Cerebellar Tremor in the Cat and Its Absence After Removal of the Cerebral Hemispheres), par J. F. FULTON, E. G. T. LIDDELL et D. MCK. ROCH. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXVIII, n° 3, pp. 542-570, septembre 1932.

Le tremblement, chez le chat privé de cervelet, commence par les muscles du cou vers le troisième ou le quatrième jour ; il n'est complet qu'au huitième ou au dixième jour et apparaît à l'occasion d'essais de mouvements. L'ablation d'un hémisphère cérébral provoque la rigidité, plusieurs jours après l'intervention du côté opposé, des mouvements associés, mais pas de tremblement. La suppression du cortex donne une augmentation du tonus et des réflexes de postures, de l'incoordination ; la restitution du mouvement est plus lente chez l'animal privé de cervelet. Celui-ci exerce donc un contrôle sur l'activité posturale. La privation totale de l'action du cortex cérébral montre son rôle essentiel dans le mécanisme nerveux responsable du tremblement dit cérébelleux. Le cerveau compense quand la destruction du cervelet est graduelle, mais quand elle est brutale la compensation est incomplète et les symptômes cérébelleux se produisent intégralement.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude des atrophies cérébelleuses (Contribuição ao estudo das atrofas cerebelares), par I. COSTA RODRIGUES et A. BORGES FORTES. *Arquivos Brasileiros de Neuratria e Psiquiatria*, n°s 10 à 12, pp. 272-281, octobre-décembre 1932.

L'observation d'un cas d'artério-sclérose de l'encéphale a fourni aux auteurs les éléments d'une étude de l'atrophie cérébelleuse sénile. Suivant les prédominances lésionnelles, on peut distinguer : 1. une forme tardive à prédominance corticale (P. Marie, Ch. Foix et Th. Alajouanine) détruisant systématiquement les cellules de Purkinje ; 2. une forme dentelée (Ramsay Hunt) avec dégénérescence progressive du système olivo-rubro-cérébelleux ; 3. l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse de Déjerine et André-Thomas, plus nettement symétrique, atteignant le pédoncule moyen et montrant, par les dégénérescences secondaires, les relations du système olivo-ponto-cérébelleux avec les olives bulbaires, les fibres arciformes et le corps restiforme.

P. CARRETTE.

L'hérédo-ataxie cérébelleuse et ses rapports avec la paralysie spasmodique familiale, par Ch. ACHARD. *Le Bulletin Médical*, n° 50, pp. 857-863, 10 décembre 1932.

L'auteur présente un cas de paralysie spasmodique chez une malade ayant eu 4 membres de sa famille atteints de syndromes analogues. La symptomatologie est surtout pyramidale ; les signes cérébelleux sont discrets. Or, l'autopsie montre une distribution anatomique inverse des scléroses ; c'est le cervelet qui est principalement atteint. Des auteurs ont décrit des cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse présentant de même une physionomie paradoxale. L'examen anatomique répondait à la conception exacte du syndrome et, malgré la prédominance de lésions cérébelleuses, les signes cliniques, ou bien rappelaient le parkinsonisme, ou bien associaient à des manifestations spasmodiques, des troubles psychiques, sensoriels, médullaires.

Les 2 syndromes dont il est ici question, de même que la maladie de Friedreich, font partie d'un groupe de manifestations de l'hérédité nerveuse pathologique dont il est difficile d'établir les limites et la classification. Achard nous montre qu'elles peuvent avoir des connexions physiopathiques qui nous déroutent, qu'elles ne répondent même pas constamment aux systèmes anatomiques reconnus. Les données que nous possédons pourront être révisées utilement si nous nous débarrassons des cadres trop étroits pour nous attacher à l'examen clinique détaillé des manifestations complexes de ces maladies nerveuses familiales.

P. CARRETTE.

Le syndrome cardio-bulbaire de la maladie de Friedreich. Une des causes fréquentes de la mort dans cette affection, par Georges GUILLAIN et Pierre MOLLARET. *La Presse Médicale*, n° 87, 29 octobre 1932.

Il est classique d'admettre que les sujets atteints de maladie de Friedreich meurent de maladie intercurrente ; cependant il existe dans cette affection des troubles du rythme cardiaque. On a signalé des symptômes respiratoires, des crises laryngées, l'atteinte de l'hypoglosse, des troubles viscéraux que l'examen anatomique montre liés à des lésions des noyaux du vague. Les signes bulbaires sont d'ailleurs parfois très prononcés. Il y a lieu de modifier l'opinion courante sur l'issue de la maladie de Friedreich ; les troubles cardio-vasculaires que l'on observe au cours de son évolution sont secondaires à des altérations nerveuses centrales, souvent sans conséquence grave immédiate, mais pouvant déterminer la mort dans certains cas.

P. CARRETTE.

Hémihypertonie postapoplectique (Hemihypertonia post apoplectica), par Matthew MOLITCH. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, juillet 1932.

Les séquelles post-hémiplégiques d'une attaque chez les sujets jeunes sont parfois caractérisées simplement par un état spasmodique avec faiblesse musculaire légère, sans contracture. Certains auteurs tendent à incorporer à l'hystérie ces manifestations d'allure fonctionnelle. Elles ont été bien décrites par Bechterew en 1899 sous le nom d'hémiatonie apoplectique et Molitch croit qu'on peut localiser la lésion initiale dans le système striopallidal.

P. CARRETTE.

Affection hémorragique de la région cortico-néostriée révélée cliniquement par une chorée aiguë et mortelle. (Hæmorrhagic affection of cortico-neostriatal site revealed clinically by acute and fatal chorea), par Ludo van BOGAERT et Ivan BERTRAND. *The Journal of Neurology and Psychopathology*, juillet 1932.

L'interprétation clinique d'un syndrome convulsif aigu évoluant en 36 heures n'est pas des plus faciles. Le type choréique a néanmoins été identifié et l'examen anatomique a montré des désordres cérébraux d'origine circulatoire limités au cortex frontopariétal et au néostriatum, sans participation du système cérébello-thalamique. Les considérations pathogéniques permises par cette observation vérifient celles de Wilson et les conclusions de van Gehuchten qui voit dans la chorée une association de lésions du putamen, du noyau caudé et du thalamus avec des modifications du cortex cérébral.

P. CARRETTE.

Tremblement de la langue dans les tumeurs du troisième ventricule. Un nouveau signe possible (Tremor of the Tongue in Third Ventricle Tumors. Possibly a New Sign), par Max H. WEINBERG. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXVI, n° 3. pp. 255-260, septembre 1932.

L'auteur a observé, dans 4 cas de tumeurs du 3^e ventricule, un tremblement de la langue du type parkinsonien. Il incline à penser que ce phénomène est provoqué par une irritation des fibres centrales du grand-hypoglosse comprimées au niveau du genou de la capsule interne.

P. CARRETTE.

Une observation de myélome de la colonne vertébrale avec crampes épileptiformes, par Mogens ELLERMANN et George E. SCHRÖDER. *Acta Psychiatrica et Neurologica*. T. VIII, fasc. 1 et 2, pp. 261-265. Rapports du 6^e Congrès des Neurologistes Scandinaves, Copenhague, 24-26 août 1932.

La myélomatose donne des tumeurs bénignes dont le pronostic est sévère à cause de l'extension rapide des lésions nerveuses et osseuses. Les douleurs violentes, paroxystiques, s'accompagnent de crises d'allure comitiale. Nonne estime que l'évolution est fatale, tandis que Lévison croit à la possibilité d'une guérison par la Roentgentherapie, quand le diagnostic radiographique est fait à temps.

P. CARRETTE.

Sclérose latérale amyotrophique et traumatisme, par Ludo van BOGAERT Rodolphe-Albert LEY et René NYSSSEN. *Acta Psychiatrica et Neurologica*. Levin and Munksgaard Publishers. T. VII, fasc. 4, pp. 873-893, Copenhague, 1932.

C'est 9 ans après un traumatisme pariétal supérieur gauche (plaie par balle), ayant occasionné un syndrome commotionnel avec hémiplégie droite tardive et transitoire, que les auteurs ont vu se développer un processus amyotrophique et spasmodique, évoluant comme une sclérose latérale vraie. L'examen anatomique confirme le diagnostic de maladie de Charcot et permet d'identifier une nappe de réaction méningée ancienne avec cavité kystique du dôme pariétal gauche. Il est intéressant de rappeler que les lésions pariétales peuvent donner des amyotrophies distales. Aux répercussions transsynaptiques centripètes consécutives aux traumatismes périphériques s'opposent par conséquent les dégénérescences corticofuges par lésion centrale.

P. CARRETTE.

Sur un cas de pseudosclérose latérale amyotrophique syphilitique. Ses relations avec la maladie de Charcot (Sobre un caso de pseudoesclerosis lateral amiotrofica sifilitica. Sus relaciones con la enfermedad de Charcot), par Benjamin B. SPOTA. *La Semana Médica*, n° 51, pp. 1867-1894, 22 décembre 1932.

L'auteur donne comme éléments du diagnostic différentiel dans le cas de méningomyélite syphilitique : 1. l'inégale et capricieuse distribution de l'amyotrophie des membres supérieurs, rappelant une association des types paralytiques Aran-Duchenne et Duchenne-Erb ; 2. l'existence de troubles de la sensibilité objective profonde. Toutefois, il faudrait se garder de généraliser. Chaque observation peut réaliser un type différent. C'est au labora-

Moire qu'il faut s'adresser et le syndrome humoral doit trancher le diagnostic le plus précocement possible. En effet, la thérapeutique spécifique doit être instituée sans retard ; elle est inopérante sur les lésions cicatricielles. Spota signale le danger de l'usage intempestif du néosalvarsan chez un malade vierge de tout traitement ; il conseille la mercurialisation initiale, d'accord avec la plupart des auteurs qui ont étudié ces formes précoces et insidieuses de syphilis nerveuse.

P. CARRETTE.

Quelques considérations cliniques et surtout électroradiologiques sur une épidémie de paralysie infantile, par A. LAQUERRIÈRE, D. LÉONARD et Emile MÉNARD. *La Presse Médicale*, 20 août 1932.

Les conditions étiologiques, cliniques et thérapeutiques confirment les points de vue présentés à plusieurs reprises par Duhem. Les facteurs de contagion n'ont pas été évidents ; des cas familiaux étaient fréquents ; les troubles parétiques, les réactions méningées formaient les bases habituelles du syndrome ; le sérum de convalescent, le sérum antidiphthérique, les agents antiinfectieux étaient à la base du traitement. L'évolution, en général favorable, fournit quelques cas de séquelles sérieuses et durables. Les procédés électrothérapiques et la diathermie ont eu peu d'effet, mais les troubles nerveux persistants ont pu être améliorés par la radiothérapie. Il est déplorable de constater qu'aucune organisation n'est prévue pour l'assistance rationnelle des petits malades victimes de formes parétiques ou douloureuses durables.

P. CARRETTE.

Le système nerveux végétatif dans la maladie de Heine-Medin (El sistema nervioso vegetativo en la enfermedad de Heine-Medin), par J. DECHAUME, P. SEDALLIAN et F. de ELIZALDE. *La Semana Médica*, n° 52, pp. 1993-1997, 29 décembre 1932.

Les progrès de l'expérimentation et les examens histologiques ont permis d'élargir la conception du syndrome de Heine-Medin et son appellation courante « poliomyélite antérieure » paraît aujourd'hui trop étroite. Les auteurs ont observé les lésions digestives et paradijectives, des ganglions péri-buccaux jusqu'à l'intestin, et ils ont pu suivre les moyens de pénétration du virus. Les altérations sympathiques ne font plus de doute ; elles peuvent même créer un syndrome extrêmement discret dans certains organismes en voie d'immunisation. La maladie de Heine-Medin réaliserait la septinévrite à ultravirus neuronophile.

P. CARRETTE.

Syndromes de paralysie agitante chez les alcooliques (Paralysis Agitans Pictures in Alcoholics), par Paul SCHILDER. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. 76, n° 6, pp. 586-588, décembre 1932.

La maladresse, la dystonie et le tremblement des alcooliques donnent parfois un ensemble clinique qui rappelle celui de la paralysie agitante. Schilder cite 2 observations personnelles. Ces phénomènes sont sous la dépendance de lésions du système strio-pallidal. Chez l'éthylique chronique, une intoxication aiguë, occasionnelle ou expérimentale, par l'alcool, détermine en outre des altérations passagères du tonus, qui témoignent de la sensibilisation élective des centres diencéphaliques.

P. CARRETTE.

La dystasie aréflexique héréditaire, par Gustave Roussy et Mlle Gabrielle Lévy. *La Presse Médicale*, n° 93, pp. 1733-1736, 19 novembre 1932.

Parmi les formes de maladies nerveuses familiales, on décrit un syndrome caractérisé par des troubles de la station debout et de la marche le pied creux bilatéral, l'abolition ou la diminution marquée des réflexes tendineux, l'atrophie de la partie inférieure des jambes et, à un degré beaucoup plus léger, des mains, au niveau des éminences thénar et hypo-thénar. Il apparaît nettement vers 2 ou 3 ans quand l'enfant, après de longs essais infructueux, commence à marcher. Comme il n'a pas de tendance à progresser, le sujet s'adapte et compense partiellement, de sorte que les troubles paraissent rétrocéder, puis se fixent. Roussy et Mlle G. Lévy ont observé 7 cas dans une famille. Ils établissent les différences et les analogies avec la maladie de Friedreich et l'amyotrophie de Charcot-Marie. L'insuffisance des observations cliniques, et surtout des données anatomiques, ne permet pas de conclure que la dystasie aréflexique héréditaire est une forme fruste de passage entre les 2 maladies citées ou s'il s'agit d'un type familial particulier. Il y a là un champ d'études à exploiter pour la recherche des lois régissant leur évolution, leurs variétés et leurs relations.

P. CARRETTE.

ENDOCRINOLOGIE

Spécificité de la vagotonine, par D. SANTENOISE. *Le Progrès Médical*, n° 50, pp. 2170-2175, 8 décembre 1932.

Le pancréas sécrète et déverse dans l'organisme une hormone différente de l'insuline, qu'on nomme la vagotonine, et dont l'individualité est aujourd'hui bien établie grâce à des travaux récents auxquels Daniel Santenoise a apporté une importante contribution. Les réactions effectuées à partir du pancréas permettent d'obtenir un extrait vagotonisant très purifié. Il agit sur le parasymphatique en augmentant l'excitabilité réflexe et le tonus vagal ; il diminue tardivement le tonus sympathique. Par la voie intraveineuse ou sous-cutanée, il provoque une chute lente et progressive de la tension artérielle. Enfin, il déclanche un enrichissement du foie en glycogène. On conçoit tout l'intérêt de ces découvertes dans les essais de régulation du système nerveux de la vie végétative.

P. CARRETTE.

Rapports de la myasthénie grave et du goitre exophtalmique (Relation Between Myasthenia Gravis and Exophtalmic Goiter), par Samuel J. COHEN et Frederick H. KING. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXVIII, n° 6, pp. 1338-1345, décembre 1932.

L'étude bibliographique des cas de syndromes pluriglandulaires met de temps à autre en évidence une association morbide d'un pronostic sévère : il s'agit de la myasthénie grave, généralisée, et de la maladie de Basedow. A l'occasion d'un cas observé par eux, Cohen et King développent la théorie des troubles du métabolisme par altérations endocriniennes portant principalement sur la thyroïde et les surrénales. Pour ces auteurs, la conception d'une atteinte initiale du système nerveux central ne paraît pas devoir

être invoquée. Le malade tirerait un bénéfice appréciable de l'administration d'éphédrine, aussi bien dans la myasthénie grave isolée que dans les formes associées au goitre exophtalmique.

P. CARRETTE.

Thyroïdite ou strumite rubéolique, par P. SAINTON et M. RUDOLF. *Le Progrès Médical*, n° 52, p. 2283, 17 décembre 1932.

Au cours des fièvres éruptives, les localisations thyroïdiennes ont été signalées ; la thyroïdite rubéolique paraît très rare ; en tous cas elle n'a pas été décrite. Sainton et Rudolf ont observé le développement d'un goitre au cours de la rubéole. Ils indiquent l'importance des prédispositions héréditaires latentes et la possibilité de rechutes à l'occasion d'autres états infectieux.

P. CARRETTE.

Recherches sur le diagnostic des troubles fonctionnels du lobe antérieur de l'hypophyse (préhypophyse) et sur certains déséquilibres endocriniens auxquels ils participent, par Max ARON, C. van CAULAERT et J. STAHL. *La Presse Médicale*, n° 105, pp. 1981-1984, 31 décembre 1932.

La préhypophyse paraît jouer un rôle important dans l'activité organique humaine. Les travaux récents ont prouvé qu'elle élabore des hormones excito-sécrétrices de la thyroïde, des glandes génitales et de la croissance. Le titrage de la thyro-stimuline préhypophysaire dans le sang et dans l'urine est appelé à fournir d'intéressantes précisions diagnostiques et thérapeutiques. Tout en restant très réservé sur l'interprétation de nombreux résultats, on peut néanmoins tenir compte actuellement d'un bilan endocrinien en présence des cas de troubles glandulaires ; ce bilan comporte le métabolisme basal, la radiographie de la selle turque, le dosage du glucose, l'interférométrie. La recherche de la thyro-stimuline doit être ajoutée, disent les auteurs, à cet ensemble. Elle conduira parfois à l'essai d'un traitement hypophysaire d'épreuve qui sanctionnera les indications fournies par les examens biologiques.

P. CARRETTE.

Qu'est-ce que l'éclampsie ? par Henri VIGNES. *Le Concours Médical*, n° 45 bis, pp. 3252-3259, 9 novembre 1932.

On nomme éclampsie un syndrome convulsif qui survient au cours de la grossesse. Il est assez bien individualisé cliniquement pour qu'on cherche à en préciser le mécanisme et l'étiologie. Après avoir passé en revue les principales théories de l'éclampsie, Vignes va nous donner son opinion personnelle. Il n'est pas logique de la considérer comme une toxémie. On n'a pas trouvé de poison dans le sang au cours de son évolution et l'inoculation ne détermine aucun symptôme fâcheux. Les lésions rénales sont variables et l'albuminurie inconstante. L'atteinte du foie est indéniable, mais l'acidose observée ne paraît pas être un signe primitif, de même que le trouble du métabolisme minéral. Le spasme nerveux, l'hypertension, existent également et il reste à en préciser l'étiologie. Enfin, il est difficile d'ad-

mettre les théories fœtales et placentaires qui supposent l'existence de toxines étrangères dans l'organisme de l'enfant.

Pour Vignes, l'éclampsie est le résultat de tares endocriniennes. La débilite des glandes à sécrétion interne n'apparaît pas nettement dans la vie courante ; la grossesse apporte, avec un surcroît d'activité, des perturbations dans le fonctionnement de l'ovaire, de la thyroïde, des parathyroïdes, des surrénales et de l'hypophyse. Le spasme vasculaire qui en est la conséquence détruit secondairement l'équilibre rénal et hépatique, rend possible l'acidose. Les tares endocriniennes sont donc en partie congénitales et c'est souvent la syphilis héréditaire qui est en cause. Il convient d'ajouter des éléments acquis, en particulier les toxi-infections d'origine alimentaire.

P. CARRETTE.

THÉRAPEUTIQUE

Essais de traitement de la paralysie générale et du tabès par le vaccin antirabique Pasteur, par Lodovico TOMMASI. *Le Progrès Médical*, n° 49, pp. 2066-2070, 3 décembre 1932.

L'état d'immunisation du système nerveux central créé par le vaccin antirabique peut avoir une signification plus générale que celle qu'on admet habituellement. Tommasi a tenté d'appliquer la méthode préventive de la rage à 16 cas de syphilis nerveuse. Le procédé est sans danger. Les résultats sont encourageants. Le risque de localisations secondaires du processus spécifique oblige à associer à la cure, des injections de sels de bismuth précédées de stovarsol sodique. Il est donc difficile de déterminer la part du traitement chimique et celle de la vaccinothérapie. L'auteur se propose d'essayer la combinaison de vaccins bactériens, de soufre, de pyrétogènes à la cure antirabique.

P. CARRETTE.

Rémissions thérapeutiques postpaludéennes dans la paralysie générale progressive (Remisiones terapéuticas postpalúdicas en la parálisis general progresiva), par J. PONS-BALMES. *Revista Medica de Barcelona*, T. XVIII, n° 107, pp. 471-478, novembre 1932.

La majorité des paralytiques impaludés présente une amélioration qui dépend de la longueur d'évolution antérieure de la maladie, du déficit mental réel et des altérations neurologiques. Il importe donc de pratiquer l'impaludation le plus précocement possible. On a signalé que les formes expansives récentes étaient les plus favorablement impressionnées par le traitement. C'est parce qu'elles correspondent à des troubles irritatifs avec un minimum de lésions vraies. En poussant les investigations biologiques comme il est possible de le faire chez les syphilitiques, on sera bientôt amené à pratiquer l'impaludation dans la phase préclinique de la paralysie générale et ce sera un progrès définitif. La négativation de la formule humorale ne peut pas impliquer par elle-même la disparition des symptômes mentaux et neurologiques ; ce qui importe, c'est de l'obtenir dès le début, quand il y a très peu de tissu nerveux détruit.

P. CARRETTE.

La méningite tuberculeuse serait-elle curable ? par R. LIÈGE. *Le Bulletin Médical*, n° 53, pp. 924-930, décembre 1932.

La forme de méningite à traiter est celle qui survient d'emblée et non pas celle qui réalise l'état terminal des tuberculoses généralisées. La radiothérapie profonde employée précocement et à doses très fortes donnerait des guérisons certaines dans des cas authentiques avec altérations typiques du liquide céphalo-rachidien, présence de bacilles de Koch et inoculation positive au cobaye. Liège signale également les résultats indéniables obtenus par les injections d'allergine et propose d'associer les deux traitements.

P. CARRETTE.

La méningite tuberculeuse et la grossesse, par A.-A. TERECHÉVA. *Le Progrès Médical*, n° 45, p. 1881, 5 novembre 1932.

C'est une éventualité rare. La méningite tuberculeuse de la grossesse, suraiguë, aboutissant d'une tuberculose miliaire, évolue rapidement. Si elle survient au cours des premiers mois, pratiquer l'avortement c'est précipiter l'issue fatale. Vers la fin de la gestation, grâce à l'opération césarienne, on a pu, dans certains cas, extraire un enfant viable.

P. CARRETTE.

Le traitement du tétanos par la méthode de Dufour (association de l'anesthésie chloroformique à la sérothérapie), par Louis BRUN. *Le Monde Médical*, n° 819, pp. 972-975, 15 novembre 1932.

La sérothérapie antitétanique peut être curative dans des conditions bien définies : 1° injection d'une très forte quantité de sérum (1 litre 200 en 10 jours dans le cas observé par L. Brun) ; 2° utilisation de la voie sous-cutanée ou intra-musculaire. La voie intra-rachidienne n'est pas sans danger et il faut l'éviter s'il y a menace de choc ou altération visible du liquide céphalo-rachidien ; 3° pratique de l'anesthésie chloroformique, parfois répétée, qui rend moins excitables les noyaux bulbo-protubérantiels. L'administration des calmants comme le chloral, et des antiseptiques généraux comme l'urotropine, n'est pas indispensable. Il est beaucoup plus important de lutter contre la déshydratation de l'organisme.

P. CARRETTE.

Traitement de la céphalée traumatique par l'insufflation d'air (Treatment of traumatic Headache by Insufflation of air), par H. JESSEN. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, T. VIII, fasc. 1 et 2, pp. 71-74. Rapports du 6^e Congrès des Neurologistes Scandinaves, Copenhague, 24-26 août 1932.

Au cours des états post-commotionnels, on observe parfois des céphalées violentes, récidivantes, pénibles, qui résistent à tout traitement. H. Jessen signale les résultats très favorables obtenus par injection d'air intra-rachidien après ponction lombaire ou sous-occipitale. Il préconise le prélèvement initial d'une quantité importante de liquide céphalo-rachidien, 45 cm. en moyenne. L'opération est parfois très désagréable ; elle est facilitée par l'injection préalable du mélange morphine-scopolamine.

P. CARRETTE.

Une chaise utilisée pour la ponction lombaire (A Chair Used for Spinal Puncture), par Hugh E. KIENE et Alan E. O'DONNELL. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, T. 76, n° 5, pp. 477-479, novembre 1932.

Les auteurs préconisent l'usage d'une chaise spéciale pour la pratique de la ponction lombaire en position assise. Le dossier, en forme de coin, oblige le patient à incliner le torse en avant. La saillie correspond à la région dorso-lombaire. Le menton, les bras, les cuisses, sont appuyés à des appendices annexés aux bords supérieur et latéraux du dossier. Cet instrument présente l'avantage d'indiquer automatiquement au sujet la bonne position et, s'il est agité, de le maintenir avec le maximum de précision et de sécurité.

P. CARRETTE.

Ceux qui veulent se tuer, par A. RODIET. *Le Progrès Médical*, n° 48, p. 2021. 26 novembre 1932.

Parmi les aliénés hantés par le désir de la mort, les persécutés, les mélancoliques et les hypocondriaques méritent de retenir toute l'attention du médecin. Comment faire pour sauver ces malades du suicide ? Rodiet fait le procès des moyens de contrainte physique. Ils donnent une sécurité illusoire qui n'incite pas à exercer la surveillance continue indispensable. On ne saurait trop se méfier des déprimés en période d'amélioration, des sujets réticents. Une psychothérapie adroite et constante, favorisée par une médication calmante, peut seule amener le malade à retrouver le goût de vivre et la confiance en soi.

P. CARRETTE.

L'acétylcholine dans la migraine ophtalmique, par Ch. DEJEAN. *La Presse Médicale*, n° 103, pp. 1950-1951, 24 décembre 1932.

L'acétylcholine agit sur les spasmes artériels et cette indication a incité à l'utiliser dans la migraine ophtalmique. Ce syndrome paraît dû à une ischémie des artérioles de l'écorce calcarine, qui provoque la tache aveugle. L'arc scintillant périphérique traduit la congestion environnante. L'injection d'acétylcholine interrompt la crise de scotomie scintillant. Un traitement prolongé serait capable d'améliorer le terrain migraineux au point de supprimer les accès.

P. CARRETTE.

Les bases physiologiques du traitement de l'exophtalmie basedowienne, par L. JUSTIN-BESANÇON, Mme SCHIFF-WERTHEIMER et Pierre SOULIÉ. *Le Progrès Médical*, n° 50, pp. 2113-2118, 8 décembre 1932.

L'exophtalmie n'est pas un phénomène dont l'évolution doit rester liée inéluctablement au syndrome de Basedow. Le traitement de l'hyperthyroïdie ne suffit pas toujours à réduire les phénomènes oculaires. Les auteurs estiment que les interventions sur le sympathique cervical pour la cure des exophtalmies résiduelles constituent des erreurs physiologiques. Pratiquement, ou bien elles sont inefficaces, ou bien elles n'agissent qu'en déterminant une paralysie souvent fort gênante. L'action de l'éphédrine, du composé thyroxi-adréralinique montre, sous un certain aspect, le méca-

nisme des troubles. Il est possible de les combattre par l'utilisation des alcaloïdes du groupe de l'yohimbine. Le véritable traitement de l'exophtalmie basedowienne semble devoir être orienté vers la recherche d'agents chimiques capables d'inhiber électivement les terminaisons sympathiques.

P. CARRETTE.

Les greffes parathyroïdiennes, par P. WILMOTH. *Le Progrès Médical*, n° 50 pp. 2187-2192, 8 décembre 1932.

La greffe parathyroïdienne est effectuée pour combattre une tétanie essentielle ou parathyréoprive. C'est une intervention extrêmement délicate ; elle doit être exécutée rapidement, sans manipulation de la greffe, avec une hémostase parfaite du nid et sans emploi d'antiseptiques au cours de l'opération. A défaut de greffe autoplastique ou homoplastique, on a recours au prélèvement sur le cheval de préférence. On place le tissu utilisé sous le péritoine ou dans le muscle grand droit de l'abdomen. En cas de réussite, l'action de la greffe ne saurait se manifester avant plusieurs semaines, et si les crises convulsives font leur apparition, il convient d'instituer sans retard l'opop et la calcithérapie.

P. CARRETTE.

L'opothérapie épiphysaire est-elle justifiée ? par Jacques DECOURT. *Le Progrès Médical*, n° 50, pp. 2125-2134, 8 décembre 1932.

L'opothérapie de la glande pinéale n'existe pas encore ; elle ne repose sur aucune base précise ; son action serait plutôt contradictoire par rapport aux données de la physio-pathologie épiphysaire. Ces données aboutiront sans doute à des résultats pratiques. Actuellement, des faits expérimentaux et des constatations cliniques on ne peut tirer de conclusions sur le mécanisme de l'action de la glande pinéale. L'extirpation a pu léser des centres nerveux voisins, les tumeurs toucher les centres végétatifs de la région opto-pédonculaire.

L'activité sécrétoire de l'épiphyse paraît s'exercer dans les premières phases de la vie. Decourt rappelle la nécessité d'expérimenter sur des animaux jeunes, impubères, ou même sur des glandes de fœtus.

P. CARRETTE.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Dates des séances.

La *séance supplémentaire* du mois de FÉVRIER de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 8 février 1934*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de février de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 26 février 1934*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La Société Médico-psychologique ne tiendra au mois de MARS qu'une seule séance. Cette séance, exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 8 mars 1934*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Année 1935.

Legs CHRISTIAN. — Ce prix, *annuel*, habituellement de 300 francs (partage interdit), a été porté exceptionnellement par la Société Médico-psychologique à 1.000 francs pour l'année 1935. Il est attribué chaque année par le Bureau de la Société à un interne des asiles d'aliénés de Paris ou de la province, momentanément gêné soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse. *Il ne confère pas le titre de lauréat de la Société Médico-psychologique.*

Règlement du prix Christian :

ARTICLE PREMIER. — Les internes des Asiles de France, candidats au prix Christian, devront :

1^o Etre de nationalité française ;

2° Justifier de leur état de gêne momentanée par la production d'une attestation du médecin-chef du service où ils sont internes ;

3° Faire parvenir au Secrétaire général de la Société Médico-psychologique une copie du manuscrit de leur thèse.

ART. II. — Le candidat désigné par le Bureau recevra le montant du prix après l'envoi au trésorier de la Société Médico-psychologique de deux exemplaires de Faculté de sa thèse.

ART. III. — Dans le cas où le prix ne serait pas décerné une année, le montant en sera reporté à l'année suivante et le Bureau pourra, s'il y a lieu, décerner plusieurs prix.

ART. IV. — Le prix Christian ne confère pas au candidat qui l'obtient le titre de lauréat de la Société Médico-psychologique.

Année 1936.

Prix BELHOMME. — Ce prix, *triennal*, habituellement de 900 francs, a été porté exceptionnellement par la Société Médico-psychologique à 1.500 fr. pour l'année 1936. Le sujet suivant a été désigné : *Les états de déficience intellectuelle post-traumatiques chez l'enfant* (à l'exclusion des traumatismes obstétricaux).

Prix MOREAU DE TOURS, biennal. — 200 francs.

Prix CHRISTIAN. — Ce prix, *annuel*, habituellement de 300 francs, a été porté exceptionnellement par la Société Médico-psychologique à 500 francs pour l'année 1936.

Année 1937.

Prix AUBANEL, triennal. — 3.000 francs.

Le sujet de ce concours sera désigné par la Société Médico-psychologique, dans sa séance du lundi 28 mai 1934.

Prix CHRISTIAN, annuel. — 300 francs.

N. B. — Pour chacun de ces prix, les mémoires, manuscrits ou imprimés, devront être déposés, avant le 31 décembre de l'année précédente, chez le Secrétaire général de la Société Médico-psychologique. Les mémoires manuscrits devront être inédits et pourront être signés. Ceux qui ne seront pas signés devront être accompagnés d'un pli cacheté, avec devise, contenant les noms et adresses des auteurs.

Le règlement de ces différents prix a été publié dans le numéro de janvier 1933 (pages 115-117) des *Annales Médico-psychologiques*. Les prix seuls (et à l'exception du prix Christian) donnent droit au titre de lauréat de la Société Médico-psychologique ; les mentions honorables n'y donnent pas droit.

Un mémoire récompensé par une autre Société ne peut être admis à concourir pour les prix de la Société Médico-psychologique. (Décision du 22 mars 1910).

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS**Nécrologie.**

M. le D^r Jean LAUTIER, Médecin-Chef de Service à l'Asile de Bron (Rhône).

Légion d'Honneur.

Sont nommés *Chevaliers de la Légion d'honneur* :

M. le D^r CASTIN, Médecin-Directeur de l'Asile public d'aliénés de Dijon (Côte-d'Or) ;

M. GIRARDET, Directeur de l'Asile public d'aliénés de Saint-Ylie (Jura).

Nominations.

M. le D^r MONDAIN est nommé Médecin-Chef de Service à l'Asile public autonome d'aliénés de Bailleul (Nord) ;

M. le D^r IZAC est nommé Médecin-Chef de Service à l'Asile public d'aliénés de Montdevergues (Vaucluse) ;

M. ROULOT est nommé Directeur administratif de l'Asile public d'aliénés de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise) ;

M. le D^r GUIRAUD est nommé Médecin-Chef de Service à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), à Paris.

Vacance de postes.

Sont déclarés vacants :

le poste de Médecin-Directeur de l'Asile public d'aliénés de Stephansfeld (Bas-Rhin) ;

le poste de Médecin-Directeur de l'Asile public d'aliénés de Fains (Meuse) ;

le poste de Médecin-Chef de Service à l'Asile public d'aliénés de Fains (Meuse) ;

un poste de Médecin-Chef de Service à l'Asile public autonome d'aliénés de Bailleul (Nord) ;

un poste de Médecin-Chef de Service à l'Asile public d'aliénés de Bron (Rhône).

INSTITUT DE FRANCE**Académie des Sciences Morales et Politiques.**

L'Académie vient d'élire comme *membre titulaire* dans la section de philosophie, en remplacement de M. THAMIN, décédé, M. le D^r Georges DUMAS, membre de l'Académie de Médecine, professeur à la Faculté des Lettres, chef du laboratoire de psychologie à la clinique des maladies mentales à la Faculté de Médecine de Paris.

UNIVERSITÉ D'ALGER

Transformation de Chaire à la Faculté de Médecine.

La chaire de pathologie générale et médicale (titulaire : M. POROT), de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger, est transformée, à compter du 1^{er} janvier 1934, en chaire de pathologie générale et clinique psychiatrique.

M. POROT est nommé *professeur de pathologie générale et clinique psychiatrique*.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

L'Assistance aux enfants anormaux.

Le *Congrès international pour la protection de l'enfance* qui s'est tenu à Paris (5-9 juillet 1933), sur la proposition de sa 5^e section : *Enfance anormale*, a émis les vœux suivants : « Sur les moyens pratiques d'apprendre un métier aux anormaux psychiques et d'en favoriser l'exercice. »

« 1° Que tous les organismes recevant des sujets anormaux se préoccupent de leur formation et de leur utilisation professionnelles ;

« 2° Que dans le choix de l'occupation on agisse au plus tôt et méthodiquement, en tenant compte des aptitudes mentales et motrices, du rôle éducatif de la formation professionnelle et aussi du milieu économique et social où devra vivre le sujet ;

« 3° Que dans les Congrès ultérieurs soient apportées des statistiques démonstratives et analytiques indiquant exactement les méthodes utilisées, les résultats obtenus et le degré et la nature de l'anomalie ;

« 4° Que les jeunes délinquants soient préparés à la vie professionnelle, le métier possédé étant le meilleur moyen prophylactique et de réadaptation sociale ;

« 5° Que les décisions judiciaires tiennent compte des indications médico-biologiques et neuro-psychiatriques ;

« 6° Que le dépistage systématique des enfants anormaux soit obligatoire-ment institué à l'école depuis la classe maternelle et que leur enseignement devienne obligatoire ;

« 7° Que dans le cas où un enfant serait confié à une œuvre de sauvegarde par l'autorité judiciaire, la décision de placement, de maintien dans l'Etablissement désigné, et de sortie de cet Etablissement soit obligatoire-ment précédée de l'avis d'une Commission spéciale composée de juristes, de médecins et de pédagogues. »

(L'Aliéniste Français).

Consultations pour enfants anormaux en Meurthe-et-Moselle.

L'Office d'hygiène sociale de Meurthe-et-Moselle a demandé au Conseil général sa collaboration financière pour la constitution, à côté des organismes antituberculeux, antivénériens, à côté des consultations de nourrissons et de ses autres œuvres, une nouvelle section dont le rôle sera, d'accord avec

les médecins praticiens, les autorités scolaires et toutes les formations ou personnalités qui s'occupent de l'enfance, de dépister les enfants qui présentent des retards ou des anomalies du développement intellectuel, d'orienter les parents, de leur proposer les mesures les plus adéquates.

A cet effet, des consultations, dirigées par un médecin entraîné et assisté d'une infirmière spécialisée, ont lieu, dès maintenant à Briey et à Lunéville. Des consultations vont également être organisées à Nancy.

(L'Aliéniste Français).

L'Assistance aux enfants anormaux dans l'Isère.

Le Conseil général de l'Isère a adopté le vœu suivant qui lui était présenté par le Dr GUYONNET et plusieurs de ses collègues :

« Emu par les scandales quotidiens causés par les crimes odieux commis
« par des mineurs ;

« Considérant que ces mineurs sont généralement des anormaux et des
« déficients (de l'ordre de 80 %) ;

« Considérant qu'on aurait pu éviter leurs crimes en leur donnant, en
« temps opportun, les soins appropriés à leur état ;

« Considérant que la loi de 1912 sur les enfants traduits en justice n'est
« pratiquement pas appliquée ;

« Considérant qu'elle ne saurait l'être complètement sans une réorgani-
« sation complète des services de la prison, en ce qui concerne les enfants ;

« Considérant qu'il importe de prendre au plus tôt des mesures pour ne
« pas laisser plus longtemps les enfants déficients manquer de soins médi-
« caux et de l'éducation qui les réadapteraient à une vie utile ;

« Emet le vœu que le département de l'Isère mette rapidement à l'étude
« les moyens de réaliser dès octobre prochain :

« 1° La réorganisation de la prison des enfants ;

« 2° La création d'un service de dépistage méthodique des enfants anor-
« maux dans les écoles, par un examen mental des enfants ;

« 3° L'ouverture d'une première classe d'enfants anormaux. »

(Siècle médical).

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX



L'INTERNEMENT DES ARRIÉRÉS SOCIAUX (PERVERS CONSTITUTIONNELS)

PAR

XAVIER et PAUL ABÉLY

A l'asile de Villejuif, vient de s'ouvrir le Pavillon des Aliénées criminelles et difficiles, continuation de l'œuvre d'Henri Colin.

Nous avons pensé que c'était là une occasion de ranimer la vieille question des pervers constitutionnels qui, depuis longtemps, n'a pas été discutée devant la Société Médico-Psychologique. Nous n'avons pas la prétention d'apporter des notions d'une nouveauté sensationnelle. Cependant, les idées évoluent. Il est nécessaire de temps en temps de faire le point. C'est le but que nous nous proposons.

Nous envisageons ici la perversion constitutionnelle à l'état isolé, c'est-à-dire en dehors de tout trouble intellectuel notable. Cette question a soulevé et soulève encore les plus vives controverses. Des divergences profondes apparaissent lorsqu'il s'agit d'apprécier l'état mental et plus encore la responsabilité de ces pervers. Nous pourrions en citer des exemples multiples, sur lesquels il serait trop facile d'ironiser. Il est fâcheux cependant que ces discussions, qui ne devraient pas franchir les milieux

médicaux, soient livrés sur le forum judiciaire à la critique malveillante des profanes.

Ces controverses ont le tort de leur donner l'impression que la science psychiatrique est une science très relative. Ce qu'il y a de plus déplorable, c'est que, par un curieux paradoxe, sur ce point précisément, les variations de l'opinion scientifique sont beaucoup moins importantes qu'en ne pourrait le croire.

Sous ces divergences apparentes, nous sommes tous d'accord sur les points essentiels de ce problème. Il serait infiniment désirable, et peut-être assez facile, d'aboutir à une doctrine commune. Nous nous proposons, dans cette étude, de mettre en relief les principes qui nous unissent, les buts communs que nous poursuivons, et d'essayer d'établir une doctrine et une pratique acceptable par tous.

*
**

POINT DE VUE PSYCHIATRIQUE. — Le premier point en litige est purement médical. Il s'agit de décider si les pervers constitutionnels relèvent de la médecine mentale. Si l'on veut bien se placer, un moment, au point de vue exclusivement scientifique, psychiatrique, si l'on fait abstraction de toute considération paramédicale, si l'on accepte de n'être plus qu'un clinicien et non un sociologue, il ne peut y avoir de divergence d'opinion.

Ecartons tout d'abord le jeu de mots qui consiste à déclarer que les pervers constitutionnels ne sont pas atteints de maladies, au sens étroit du terme (qui implique une affection acquise, à évolution déterminée), comme si les tares congénitales ne constituaient pas des états pathologiques. Ces sujets sont des anormaux, des infirmes, des invalides mentaux, des dystrophiques cérébraux, en tout cas des psychopathes. Le meilleur terme qui leur convienne est, croyons-nous, celui « d'arriérés sociaux » (1). Ce point étant précisé, l'accord ne paraît pas bien difficile au point de vue clinique pur. « Nul, comme le dit Dupouy, même parmi les partisans de la répression et des châtiments, ne met en doute leurs anomalies psychiques et leur amoralité foncière. Les thèses opposées ont les mêmes prémisses. Elles ne diffèrent que dans leurs conclusions pratiques. » Dans leur rapport sur le vol pathologique, le professeur Raviart et ses élèves, Vullien

(1) Nous n'employons, au cours de cette étude, le qualificatif de « constitutionnels » que parce qu'il est d'un usage courant. Nous ne lui attribuons aucun sens pathogénique. Nous le réservons simplement aux pervers, chez lesquels il est impossible de préciser l'époque où le cerveau a été touché par le processus pathologique.

et Nayrac, qui ne sont certes pas suspects de voir des malades parmi tous les délinquants, écrivaient : « Notre opinion sur les vols commis par ces anormaux est très nette ; ces vols sont le fait de l'état mental pathologique du délinquant ; ce sont des vols pathologiques. » Dans un autre rapport, Vullien parlant de « ces batailles d'experts propres à jeter dans une certaine mesure, la suspicion sur la science psychiatrique », ajoute : « Les témoins profanes ne voient jamais ou ne veulent pas voir que la discussion ne porte que sur une question parascientifique de conduite à tenir. »

Dans ces dernières années, le cadre des pervers instinctifs s'est précisé et s'est limité ; la nature pathologique de cet état constitutionnel s'est confirmée par des preuves multiples. Il est difficile, à l'heure actuelle, de nier son existence.

Pathologie des tendances sociales. — La conception primitive de folie morale, maladie du « sens moral », satisfaisait mal les esprits positifs. Ce terme était en effet fort mal choisi. Nous sommes passés depuis lors du plan métaphysique au plan social et médical. Si la notion de sens moral paraît à juste titre par trop philosophique, la notion de sentiment social, de tendance sociale, d'adaptation sociale est comprise de tout le monde. On admet très simplement aujourd'hui qu'il existe chez l'homme normal des sentiments, des tendances issues d'une expérience séculaire de la vie en société, qui sont en germe à la naissance et qui sont développés par l'éducation, qui nous poussent à respecter nos semblables dans leur vie et dans leur bien, et qui s'opposent à l'expansion exagérée, bien que naturelle, de nos tendances égoïstes. L'équilibre de ces tendances, les unes personnelles, les autres altruistes, se traduit par l'adaptation à la vie sociale. La pathologie de ces tendances, leurs conflits, leurs refoulements ou leurs débordements sont devenus d'études courantes pour le psychiatre. Ces sentiments sociaux, qui sont longtemps restés localisés à un groupe humain fort restreint, sont encore bien fragiles ; ils ne sont qu'une forme de ce qu'on appelle justement le vernis de la civilisation. Comment s'étonner, dès lors, qu'un processus pathologique puisse les atteindre aussi facilement qu'il atteint l'intelligence, réalisant un affaiblissement ou une arriération spéciale, se traduisant par un déséquilibre localisé au domaine des tendances ?

Perversions acquises — La notion de perversion acquise, chaque jour enrichie de données nouvelles, nous a enfin apporté la preuve décisive que les incursions de la médecine mentale dans le domaine de la moralité et de la sociabilité étaient parfaitement

légitimes. Il est impossible de soutenir, à l'heure actuelle, que seuls les troubles intellectuels, à l'exclusion des troubles moraux et sociaux, relèvent de la psychiatrie. L'existence d'un affaiblissement éthique étant démontrée, il est impossible de nier la possibilité d'une arriération amoral, antisociale.

Comment interpréter l'état mental d'un adolescent, qui, soumis dans un milieu normal, aux méthodes normales d'éducation, est incapable d'acquérir les notions sociales usuelles ? En quoi cette anomalie est-elle plus extraordinaire que celle de l'arriération intellectuelle, dans laquelle l'adolescent s'est montré incapable d'assimiler les notions scolaires ?

Il y a un argument plus décisif encore : Il est parfois impossible de distinguer la *démence éthique* de l'*arriération éthique*, soit que les réactions anti-sociales marquent le prélude d'une maladie mentale qui ne jettera le masque que beaucoup plus tard ; soit enfin que l'amoralité représente la manifestation à peu près unique, au milieu d'autres symptômes frustes, d'une lésion cérébrale acquise (traumatisme, syphilis, encéphalite méconnue, héboïdophrénie). Cette constatation devrait inciter à une extrême prudence ceux qui ont tendance à nier le caractère maladif des anormaux de la moralité (1).

Délinquants normaux et délinquants pathologiques. — Si, malgré toutes ces preuves, il est encore difficile de persuader certains esprits de l'existence d'une perversité constitutionnelle et de la faire entrer dans la nosologie psychiatrique, c'est qu'il y a, à cette résistance obstinée, une raison sur laquelle il est indispensable de s'expliquer.

Bien des gens craignent, en effet, de voir la médecine mentale, s'engageant dans une voie illimitée, englober bientôt toute la criminalité, sinon toute la morale. Il faut avouer que cette crainte a pu paraître justifiée par les exagérations de quelques auteurs, pour lesquels la présence du plus léger stigmate de dégénérescence entraînait la nature pathologique de l'acte anti-social, le *délit* ou le *crime* étant même à lui seul un *stigmate suffisant* d'anormalité.

A l'heure actuelle nous sommes loin, du moins en France, de

(1) Parmi de nombreux exemples, citons le cas d'un malade de notre service : Interné depuis plusieurs années pour troubles du caractère, amoralité et impulsivité, il présenta tardivement des symptômes progressifs de parkinsonisme. Nous eumes l'occasion de le présenter récemment à notre collègue d'Aunay-le-Château, où il avait longtemps séjourné. Notre confrère fut surpris de trouver son ancien malade dans un état de rigidité, dont il ne présentait auparavant aucun signe, alors que les réactions antisociales étaient déjà très anciennes dans leur apparition.

ces doctrines lombrosiennes. Les notions se sont précisées et la médecine mentale s'est imposée de justes limites dans la réalité pratique. L'opinion générale est que toute manifestation d'amoralité, toute délinquance, n'est pas fatalement sous la dépendance directe d'un état mental pathologique et ne relève pas, par conséquent, de la médecine mentale. Il y a des amoralités et des délinquances normales ; il y a des amoralités et des délinquances pathologiques.

Récidivistes normaux et récidivistes anormaux. — Dans la catégorie même des délinquants récidivistes, qui se rapprochent le plus des pervers constitutionnels, un grand nombre de sujets ne doivent pas être revendiqués par la psychiatrie, mais laissés à la justice (1). Nous pensons que la perversité véritablement malade est loin d'être fréquente... Dans le plus grand nombre de cas, le diagnostic entre la délinquance récidiviste normale et la délinquance récidiviste pathologique est parfaitement possible. Nous donnerons quelques caractères typiques de cette différence : Le trait essentiel qui la distingue est que le délinquant morbide est un pervers primitif originel, tandis que le délinquant normal est un pervers secondaire, un dévoyé, un perversi. L'un est un produit de l'hérédité (2), ou du moins d'un processus pathologique très précoce. L'autre est un produit social, ou du moins éducatif. Le premier est un délinquant par nature. Le second est un délinquant par habitude. L'adolescent qui n'a connu autour de lui que de mauvais exemples, ou qui même a été éduqué dans le sens de la perversité, peut être parfaitement sain d'esprit, tout en étant un amoral et un criminel récidiviste.

Ce caractère général se subdivise en caractères particuliers d'une importante valeur diagnostique :

Le premier de ces caractères est la date d'apparition des perversions. Chez le délinquant psychiquement normal, le premier

(1) Que l'on ne se méprenne pas sur notre opinion : Nous ne prétendons pas que les méthodes actuelles de répression, et, notamment, l'emprisonnement, soient parfaites à l'égard des récidivistes normaux. Nous pensons, au contraire, qu'elles ne sont pas plus efficaces pour eux que pour les récidivistes anormaux et que des méthodes, toutes différentes, devraient être appliquées à ces délinquants, peut-être plus accessibles lorsqu'ils sont encore jeunes, aux procédés combinés d'intimidation et d'amendement. (Les projets de révision du Code Pénal prévoient, pour ces sujets, des établissements de travail industriel et agricole).

Nous soutenons seulement que l'étude de ces méthodes les mieux appropriées relève de la criminologie et de la pédagogie normales et non de la psychiatrie.

(2) Par hérédité, nous n'entendons pas seulement l'hérédité similaire, mais l'influence de toute tare des ascendants.

délit n'apparaît (sauf exception toujours explicable par l'éducation), qu'à un âge plus avancé, souvent à l'âge adulte seulement. Le pervers constitutionnel est remarquable par la précocité de ses perversions et souvent de sa délinquance : « Quand on voit, disait Maudsley, de jeunes enfants, longtemps avant qu'il leur soit possible de savoir en quoi consiste le vice, s'adonner aux vices les plus exagérés avec une facilité instinctive et par une propension au mal inhérente à leur nature, il est certes prouvé que l'imbécillité morale est un fait. »

Le délit du pervers constitutionnel adulte est exceptionnellement le premier. Dans la majorité des cas (75 0/0, d'après Heuyer), il a commis un délit ou plusieurs dans son enfance. Donc, très souvent, dès la première infraction sociale de l'adulte, sans qu'il soit nécessaire d'attendre la fâcheuse expérience de nombreuses récidives, le diagnostic de perversion constitutionnelle peut être porté par l'expert, qui devra toujours se renseigner sur l'enfance de l'inculpé (1).

Le deuxième caractère distinctif est l'influence du milieu et de l'éducation. Chez tout récidiviste, il est indispensable de faire le dosage de ce qui revient à l'hérédité et de ce qui revient à l'éducation. Chez le pervers constitutionnel, l'influence de l'éducation est insignifiante, c'est-à-dire qu'une éducation normalement conduite dans un milieu sain, n'a eu aucune action véritablement efficace et que le changement de milieu, si l'ambiance primitive a pu paraître défectueuse, n'apporte pas d'amendement notable. Chez le pervers, au contraire, le rôle de l'éducation est tout. Son action novice est nettement appréciable et le changement de milieu entraîne une modification profonde. Tous les médecins spécialisés dans la psychiatrie infantile nous accorderont que la distinction est parfaitement et facilement réalisable entre l'enfant pervers et l'enfant pervers, déformé par une éducation anti-sociale ou par l'abandon moral. Chez l'adulte, la même distinction s'impose et l'on peut déceler parfois l'époque tardive de la déformation morale du dévoté.

Cette distinction est tellement frappante que de nombreux aliénistes et de nombreux experts, par ailleurs très intransigeants à l'égard de la perversion constitutionnelle, sont particulièrement troublés, ébranlés même dans leur conviction, lorsqu'ils

(1) Actuellement à Paris (et il est à espérer que cette mesure se généralisera), tout enfant délinquant subit un examen médical physique et psychique. De sorte que, bientôt, tout pervers constitutionnel arrivera à l'âge adulte avec une fiche médico-légale dont le diagnostic et les indications devront être retenus par l'expert.

se trouvent en présence d'un délinquant précoce et récidiviste appartenant à un milieu social élevé (1). Est-il possible, en effet, d'expliquer autrement que par une anomalie psychique que l'escroquerie soit la seule forme d'activité sociale de sujets à qui ne manquaient ni l'instruction, ni les capacités professionnelles, ni même la fortune.

Le troisième caractère distinctif est la capacité de freinage des manifestations antisociales. Tandis que l'activité criminelle des récidivistes normaux est volontaire, réfléchie, susceptible d'être momentanément arrêtée pour des raisons logiques, l'activité des pervers constitutionnels a des caractères opposés : elle est irrésistible, elle est immuable. Ainsi que le dit Guiraud : « l'impossibilité de s'adapter à la vie sociale, l'intimidabilité, l'irrésistibilité des tendances antisociales sont des affections mentales. »

L'irréductibilité dans le présent, c'est-à-dire l'irrésistibilité, l'irréductibilité dans l'avenir, c'est-à-dire l'inadaptabilité, et en particulier l'intimidabilité, sont des traits essentiels de la perversité pathologique.

Les actes des pervers n'ont certes pas l'apparence de force aveugle, explosive, que l'on attribue aux impulsions. Mais l'intensité de la tendance égoïste est si forte, le pouvoir normalement modérateur, inhibiteur, de la tendance sociale, est si faible ; il y a entre les deux une telle disproportion qu'aucune lutte n'est possible et que l'acte antisocial se réalise fatalement.

La poussée instinctive, affective, une fois déclanchée, est si puissante et la résistance si minime, que tout le mécanisme volitionnel est annihilé (2).

(1) Il est à remarquer en effet que parmi les pervers internés aux quartiers de sûreté, beaucoup appartiennent à une classe sociale supérieure. De même, il existe un nombre assez élevé de ces infirmes moraux dans les maisons de santé privées. L'indulgence particulière qu'on leur accorde s'explique par les raisons légitimes que nous venons d'exposer. Il serait cependant injuste de ne pas faire bénéficier des mêmes faveurs les classes sociales inférieures, parce que la discordance entre l'éducation et l'amoralité est moins apparente et moins impressionnante. Ce serait d'autant plus légitime que, dans les milieux sociaux supérieurs, l'enfant n'a pas toujours trouvé, autant qu'on pourrait le croire, les exemples d'équilibre mental, de pondération et de moralité, la sollicitude et l'énergie éducatives qui auraient été nécessaires.

(2) Il est utile de préciser ici que l'anomalie du pervers est un trouble de l'instinct, de l'affectivité et non pas de l'intelligence. Le pervers peut avoir su acquérir la notion de ce qui est permis et de ce qui est défendu par la société. Mais cette notion n'éveille aucun retentissement affectif et, par conséquent, ne possède aucun pouvoir inhibiteur. « Ce qui manque au pervers, ce n'est pas de comprendre, mais de sentir son amoralité. » La notion de discernement, qui tient une si grande place dans la conception pénale de la responsabilité, n'a donc ici aucune valeur psychologique ou

Le besoin de l'infraction antisociale est chez beaucoup de sujets aussi impérieux que l'appétence de l'alcool chez le dipsomane. Même lorsqu'ils auraient le plus grand intérêt à ne pas récidiver, même lorsque cet acte ne représente pour eux aucune utilité, ils ne peuvent s'empêcher de recommencer. Nous avons vu des malades, auxquels une famille fortunée ne refusait aucun des agréments de la vie, qui éprouvaient cependant le besoin de commettre des escroqueries minimes. Le pervers agit parfois dans le but exclusif de nuire à autrui et trouve sa satisfaction dans la seule joie d'avoir accompli un acte méchant. Sans doute l'acte du pervers est parfois préparé et réalisé avec une grande habileté. Mais cette réflexion ne s'exerce que sur le choix des moyens, elle ne porte pas sur l'exécution ou la non-exécution de l'acte.

Il ne faudrait pas exagérer d'ailleurs cette habileté du pervers. En réalité, il y a toujours dans ses délits un défaut manifeste de jugement ou même de bon sens. Il manque toujours d'esprit de suite et de sens critique. Tous ses actes ont un élément typique de bizarrerie et de fantaisie marqué en particulier par le désaccord entre le risque et le profit. Une fois déclanchés, ils ne savent pas s'arrêter devant la perspective d'un insuccès certain.

Ces caractères ne se retrouvent pas chez le récidiviste normal : L'acte antisocial est ici nettement intéressé, pratique. Le sujet est un professionnel ; sa délinquance est un métier. Le délit, mieux organisé, est réalisé avec beaucoup plus de logique et de prudence. Le sujet sait s'arrêter devant un obstacle trop évidemment dangereux. Il y a entre le pervers constitutionnel et le pervers normal la même différence qu'entre le joueur passionné et le joueur calculateur. L'arriéré antisocial est, en outre, incapable d'acquérir un pouvoir freinateur de ces tendances malfaisantes. Les moyens ordinaires de récompense ou de sanction, susceptibles d'empêcher la récidive chez un homme normal, sont ici sans action. Dans tous les milieux, à l'école, au régiment, dans la famille, dans le cadre professionnel comme dans tout groupe social, aussi bien à l'asile qu'à la prison, il entre en conflit avec toute règle établie. Il est indiscipliné par nature. La lutte entre le sujet et la société n'est pas localisée : les points de friction sont multiples. L'arriéré social est un pervers polymorphe, « diffus » selon l'expression d'Arsimolles.

psychiatrique et ne saurait permettre à elle seule le diagnostic entre la délinquance normale et la délinquance pathologique. On peut comparer cet état à celui du médecin morphinomane qui connaît fort bien les effets funestes de sa passion et ne peut cependant pas résister au besoin pressant du toxique.

Il n'en est plus de même chez le récidiviste normal. Sans doute, la sanction pénale ordinaire n'a pas grand effet sur le délinquant habituel. Il agit cependant avec le minimum de prudence pour éviter la peine. Il multiplie les précautions lorsque la répression tend à devenir plus grave. La délinquance des récidivistes normaux est plus restreinte, souvent même spécialisée. Les conflits avec la société n'ont lieu que sur des points limités. Le récidiviste normal s'adapte avec beaucoup plus de facilité à tous les milieux, et sait se plier aux règles inévitables. Aux compagnies de discipline, les médecins militaires font la distinction entre les condamnés ordinaires et les pervers, qu'ils éliminent systématiquement de l'armée. A la prison même, la différence est manifeste. Le récidiviste normal accepte la discipline imposée, il se soumet à la règle. Le pervers reste indiscipliné à la prison comme dans tout autre milieu. « La présence d'un aliéné vicieux, dit Bonhomme, pourra soulever la population d'une maison centrale comme celle d'un asile. »

« Au point de vue mental, écrivait Colin, lorsqu'il dirigeait l'établissement de Gaillon, il suffit d'avoir sous les yeux, d'un côté des prisonniers, de l'autre des fous moraux, pour saisir la différence (1). »

Nous venons de nous efforcer de montrer que pour nous la perversion ne se confond pas avec la délinquance, et même que le terrain de la délinquance perverse est assez réduit.

DÉLINQUANTS PERVERS ET AUTRES DÉLINQUANTS PATHOLOGIQUES CONSTITUTIONNELS. — Les délinquants pervers ne se distinguent pas seulement des récidivistes normaux. On peut les différencier également d'une série de délinquants pathologiques qui pourraient à première vue être confondus avec eux. Tous ces sujets ont en effet ceci de commun que chez eux les manifestations antisociales ne sont associées à aucun trouble intellectuel marqué, et sont sous la dépendance d'un état mental constitutionnel (2).

(1) Nous avons eu l'occasion de visiter, il y a quelques années, à titre d'expert, la Maison centrale de Clairvaux. Nous fûmes surpris de constater qu'un directeur expérimenté savait faire la distinction des condamnés ordinaires et des pervers anormaux, qu'il voulut bien nous présenter et dont le nombre était d'ailleurs fort restreint.

(2) Nous éliminons de ce diagnostic, d'une part, toutes les perversions acquises, dont l'origine est parfois difficile à déceler ; d'autre part, les débiiles sociaux dont l'activité anti-sociale est secondaire à leur insuffisance mentale (les uns sont délinquants par incompréhension des règles sociales ; d'autres sont vagabonds parce qu'incapables de gagner leur vie ; d'autres enfin sont des pervers, servant d'auxiliaires à des pervers intelligents). Un changement de milieu et une tutelle font disparaître leur insociabilité.

Parmi ceux-ci nous citerons :

— Les *pervers spécialisés* qui n'ont qu'une perversion les entraînant à une délinquance toujours identique. Les plus caractéristiques parmi eux, ce sont les *pervers sexuels*. L'arriéré anti-social vrai est au contraire un pervers polymorphe. Il est cependant certains cas où la distinction est difficile : il en est surtout ainsi chez certaines perverses constitutionnelles.

La prostitution, qui est constante chez les femmes perverses, peut être la manifestation à peu près unique de leur arriération anti-sociale. Mais il ne faudrait pas croire que c'est là une règle générale.

— Certains *obsédés* qui se sentent poussés à commettre un délit en général stéréotypé.

— Certains *intermittents*. Chez certains sujets, ayant des tares héréditaires manifestes, et dont les premiers symptômes morbides sont précoces, l'accès maniaque se traduit presque uniquement par une exaltation de tendances perverses et antisociales multiples. Dans la période intercalaire, ces sujets deviennent à peu près normaux.

— Les *violents*. Il y a une importante catégorie de délinquants récidivistes qui ne sont pas des pervers, mais dont la délinquance se manifeste exclusivement sous forme d'irritabilité suivie de violences plus ou moins graves. Le pervers constitutionnel est rarement un violent (1).

Unité nosologique de l'arriération sociale. — On voit que l'arriération sociale forme une classe bien à part parmi la délinquance récidiviste. Les limites et les caractères en sont de mieux en mieux précisés. Il s'agit là d'un cadre pathologique typique déjà nettement individualisé. Tous ces sujets se ressemblent de façon frappante. Leurs histoires sont calquées l'une sur l'autre. Qui en a vu 1 en a vu 100. Leurs actes antisociaux ont en eux-mêmes des traits assez caractéristiques. Mais ce qui est vraiment spécifique, c'est la conduite générale de leur vie, leurs bizarreries constantes qui échappent au bon sens, leur odyssée émaillée, non seulement des épisodes délictueux, mais encore de complications incessantes avec les divers milieux sociaux. Les graphiques de Colin, traduisant la succession des emprisonnements et des internements, sont déjà fort démonstratifs. Il faudrait y ajouter des signes supplémentaires notant le comportement du sujet à l'occasion des événements les plus saillants de

(1) Au sujet des divers types de délinquants pathologiques « déséquilibrés », voir aussi Juquellier et Vinchon : « Les limites du vol morbide. »

l'existence humaine. On y découvrirait la possibilité de superposer tous ces graphiques qui formeraient une trame toujours identique. Encore faut-il, pour en juger, avoir l'expérience de ces arriérés. On nous permettra de penser que cette expérience ne s'acquiert guère que dans les services spécialisés, réunissant un grand nombre d'adultes ou d'enfants pervers. On ne peut véritablement connaître ces invalides moraux que lorsqu'on a pu réunir tous les renseignements concernant leur enfance jusqu'à l'état présent et surtout lorsqu'on a pu les observer pendant un temps assez long. On sait combien il est difficile à l'expert de recueillir des indications suffisantes sur le passé anormal d'un inculpé. De plus, lorsqu'il examine le pervers, il ne voit de son état mental qu'une image déformée, soit que le sujet dissimule, soit qu'il exagère dans le sens opposé. Enfin l'expert, ainsi que le juge, ne concentre le plus souvent son attention que sur l'épisode délictueux. Or, la vie de ces malades forme un tout ; et l'incident antisocial, détaché de l'ensemble, perd une grande partie de sa valeur diagnostique. C'est pourquoi l'expert devrait être bien des fois plus circonspect avant d'affirmer, sur le seul examen d'un acte isolé, la normalité d'un sujet, qu'une observation poursuivie permet seule d'apprécier.

Au terme de ce chapitre, exclusivement médical, scientifique, nous nous croyons autorisés à formuler les conclusions suivantes :

En somme, si nous nous plaçons au seul point de vue clinique, psychiatrique, en dehors de toute considération de défense sociale, nous pourrions facilement nous entendre sur les points suivants :

- L'insuffisance morale, même lorsqu'elle est indépendante de troubles intellectuels, peut-être d'origine morbide.
- L'arriération morale est un fait pathologique indiscutable.
- Les actes anti-sociaux de ces arriérés sont sous la dépendance directe de cet état mental pathologique.

**

POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL. MESURES A PRENDRE. — Il ne devrait pas y avoir deux psychiatries : une psychiatrie clinique et une psychiatrie médico-légale. Cependant, les difficultés d'accord commencent lorsqu'il s'agit de tirer de ces données médicales des conséquences pratiques, en particulier de fixer les méthodes les mieux appropriées en vue de défendre la société et d'empêcher les récidives.

Opinions concordantes. — Voyons tout d'abord les notions sur lesquelles nous pouvons immédiatement nous entendre.

Nous sommes tous d'avis que la société doit être protégée contre ces pervers et que la privation de liberté s'impose dans des conditions suffisantes de surveillance et de discipline.

Des sanctions doivent également être tentées, la sanction n'ayant plus d'ailleurs le sens d'expiation ou de châtiment, mais de mesure d'intimidation appropriée, de méthode préventive (1). Il est indispensable d'essayer de fournir à ces arriérés les armes inhibitrices qui leur font défaut pour lutter contre leurs mauvais penchants. Les partisans de l'internement partagent cette conviction avec les partisans de l'emprisonnement. Si le mot de sanction peut choquer certains puristes, surtout quand il est appliqué à des malades, nous le remplacerons par les termes de « thérapeutique préventive » ou de « psychothérapie inhibitrice ». Le fait reste le même. Nous admettons tous qu'il faut inculquer à ces pervers cette notion que, déclarés malades ou non, du moment qu'ils ont commis une faute, ils doivent subir une peine. De plus, cette sanction doit être efficace. Pour ces sujets, dont le pouvoir inhibiteur est inférieur à celui d'un homme normal, il faut employer une sanction supérieure à celle qui serait utilement appliquée à cet homme normal.

Nous sommes aussi d'accord sur l'insuffisance depuis longtemps démontrée des privations de liberté de trop courte durée, qu'elles aient lieu sous forme d'emprisonnement ou d'internement. Nous estimons, en conséquence, que les conclusions de responsabilité atténuée, si elles sont défendables théoriquement, aboutissent pratiquement, lorsqu'on les applique à ces pervers, à des conséquences fâcheuses.

Opinions discordantes : Asile ou Prison ? — Ces conditions

(1) Nous disions plus haut que le pervers type est inintimidable. C'est là notre opinion formelle. La peine, quelle que soit sa forme, sa durée et son intensité, n'a jamais transformé un pervers spécifiquement constitutionnel. L'amendement par la sanction est une illusion. Cependant, nous pensons que l'intimidation doit être tentée. En effet, dans la plupart des cas, nous ne pouvons préciser de façon exacte, la proportion causale réelle qui revient, d'une part, à l'hérédité, d'autre part, à l'éducation défectueuse. L'influence de cette dernière, même minime, ne doit pas être négligée. C'est par ce côté-là que nous pourrions peut-être avoir une influence réformatrice. Par ailleurs, on ne peut affirmer *a priori* que l'intimidabilité est absolue et qu'elle n'a pas de degrés. L'échec des moyens classiques d'intimidation employés jusque-là, ne peut préjuger absolument du résultat de méthodes nouvelles, différentes en qualité et en quantité, et appropriées à chaque cas. Nous n'en pensons pas moins que la méthode des sanctions est vouée à l'échec dans la majorité des cas et doit céder le pas à des mesures positives d'ordre tout différent.

étant posées, il y a lieu de rechercher l'établissement qui peut le plus efficacement les réaliser.

Ici s'affrontent les partisans de l'asile et de la prison. Il est possible de simplifier un peu plus encore le problème. En effet, pour tous les aliénistes, il est entendu que, pour des raisons bien connues et souvent exposées, l'asile ordinaire peut difficilement réaliser les conditions nécessaires et convient mal à ce genre de malades.

Le conflit est donc limité entre les partisans de l'établissement de force sous une direction pénitentiaire, avec toute sa puissance répressive — et l'établissement psychiatrique de sûreté dans lequel ces pervers trouveront une direction médicale. Le débat, il y a quelques années encore, se posait sous une forme doctrinaire, académique, se maintenant sur le terrain des idées. Il n'en est plus de même aujourd'hui. Nous sommes passés de la période théorique à la période expérimentale. La discussion s'est établie sur le terrain des faits.

Deux méthodes fonctionnent parallèlement :

Depuis la fin de la guerre, existent en France deux quartiers de sûreté. Cette expérience est sans doute très-réduite, mais elle permet déjà d'intéressantes conclusions. Sur une échelle beaucoup plus importante, la Belgique a créé un mode d'assistance basé sur les données les plus modernes de l'anthropologie et de la psychiatrie, et sanctionné par une législation toute nouvelle de défense sociale. Une pratique de trois années permet d'en apprécier déjà les résultats remarquables.

Parallèlement à ce mouvement se manifestait en France, parmi un grand nombre d'experts, une tendance de sens opposé, caractérisée par le refoulement systématique de ces anormaux vers la juridiction pénale avec des conclusions médico-légales entraînant l'application maxima de la peine.

Donc, point de demi-mesure. De part et d'autre, utilisation poussée jusqu'à ces limites extrêmes de la sanction asilaire et de la sanction pénale. Cette double expérience se poursuit et il est intéressant d'en voir les résultats. Dès maintenant, aucun doute n'est plus possible sur la méthode préférable :

La prison même avec l'application des peines de longue durée s'est montrée incapable de défendre réellement la société (1).

(1) Récemment un de nos pervers impénitents était repris par un ami philanthrope qui lui assurait une existence confortable. Peu de temps après, le malade cambriolait son bienfaiteur. Ce dernier s'informa auprès d'un avocat de la peine probable qui serait infligée au délinquant, s'il était livré à la justice. Obligé de reconnaître l'insuffisance de la sanction, il n'engagea pas de poursuite et préféra faire réinterner le pervers.

Elle n'a jamais empêché une récidive de ces pervers. Qu'on nous cite un cas authentique dans lequel l'incarcération, même de plusieurs années, ait modifié les tendances d'un de ces sujets. Plus les emprisonnements se multiplient, plus leur action s'émousse, et l'expert désabusé finit souvent par faire interner le malade.

La sanction pénale porte, dans son principe même, des défauts qui ne lui permettent pas de réaliser ce qu'on attend d'elle. Elle n'assure la protection de la société que pour un temps strictement limité. Elle ne tient aucun compte du degré de nocivité du sujet. Le code pénal ne permet pas de graduer la peine d'après cette nocivité et de rechercher le critérium d'intimidabilité, variable avec chaque cas. Au terme de sa détention, l'inculpé est automatiquement libéré, même s'il est notoirement dangereux. La sanction pénale ne serait efficace que si elle était indéterminée et individualisée. C'est une réforme demandée par plusieurs juristes, mais elle bouleverserait à ce point les conceptions pénales actuelles qu'elle n'est certes pas sur le point d'être accomplie.

En exergue de la loi belge, Vervaeck a écrit : « Cette loi est basée sur cette constatation psychiatrique que la prison n'est pas de nature à améliorer l'état de l'anormal pervers. »

Par contre, l'établissement psychiatrique de sûreté, à la condition de bénéficier d'une législation ou d'une jurisprudence appropriée, est le seul endroit où l'on puisse réaliser la privation de liberté de durée indéterminée, proportionnée à la nocivité du pervers. Elle permet de ne le libérer que lorsque les chances de récidive paraissent très atténuées, après de multiples examens mentaux. Par cette indétermination de l'internement, l'asile de sûreté remplit beaucoup mieux que la prison le rôle intimidateur que l'on veut tenter. C'est là actuellement un fait expérimental incontestable. Tous les médecins d'asiles de sûreté sont unanimes à ce sujet et peuvent citer des exemples, qui ne prouvent pas, nous nous empressons de le dire, que cette intimidation ait empêché les récidives. Ce que l'on constate, c'est qu'après leur libération, ces malades n'ont qu'un but, c'est d'éviter un nouvel internement qu'ils savent pouvoir être de durée indéfinie. S'ils commettent un nouveau délit, ce qui arrive, ils se gardent de faire valoir auprès des juges leurs tares mentales ; et leurs avocats suivent cet exemple : « L'application de la loi belge, écrit Vervaeck, n'a nullement affaibli la répression pénale, elle tend plutôt à renforcer cette impression par la durée indéterminée de la peine. » C'est là un point qu'il est essentiel de souligner, à l'usage de ceux qui craignaient de voir l'internement « énerver la répression ».

Sans verser dans une sentimentalité exagérée, il faut reconnaître aussi que la société n'a pas que des droits à l'égard de ses malades, elle a aussi des devoirs (1). Il est nettement abusif qu'elle ne s'intéresse à eux que pour les mettre en prison, sans avoir essayé de prévenir ou d'amender leur nocivité par des moyens médico-pédagogiques, qui seuls, à notre avis, peuvent avoir une action efficace. Il faut que l'établissement de détention ait des aptitudes thérapeutiques et réformatrices. On semble ne connaître comme méthode d'amendement que les mesures négatives d'intimidation, alors qu'il existe des méthodes positives autrement utiles à tenter. Sans doute, les succès ne sont pas très nombreux, mais il en est d'indiscutables, confirmés par tous les médecins d'asiles de sûreté (2). Dans des cas plus fréquents, une amélioration très appréciable a été obtenue, permettant d'accorder à ces malades une liberté relative sous une autorité vigilante. L'excellente méthode de discipline et de réadaptation sociale par le travail, adapté aux aptitudes individuelles, a donné notamment de bons résultats (3).

(1) Elle a aussi des devoirs à l'égard des familles. Il n'est pas indifférent pour M. X... ou Mlle Y... d'avoir son père ou son frère pourvu d'un casier judiciaire, alors qu'il n'est qu'un anormal. Le public, toujours mal intentionné, ne fera pas la discrimination entre une mesure de protection sociale et une peine infamante et fera injustement supporter aux tiers tout le poids d'un déshonneur familial. Il n'est pas de pire fléau pour une famille que d'avoir un pervers parmi les siens. Quelle serait l'attitude de l'expert si son fils était atteint de cette infirmité ?

(2) Le cadre restreint de cet article ne nous permet pas de donner un développement suffisant à cette question. Signalons seulement quelques faits et quelques exemples : une de nos malades, particulièrement dangereuse, a été profondément transformée par une confusion mentale intercurrente. Cette observation paraît démontrer que la perversion constitutionnelle semble accessible à une thérapeutique directe qu'un avenir prochain permettra peut-être de préciser. Les « constitutions » ne sont pas des états immuables ; un traitement médical pourra quelque jour les modifier.

Signalons, parmi des faits multiples d'observation, l'influence de la puberté chez les pervers. La puberté est pour eux une période particulièrement critique par la perturbation affective intense qu'elle provoque et qui peut se prolonger assez longtemps chez ces arriérés instinctifs. Si ce déséquilibre affectif réactivé, au lieu d'être abandonné à lui-même et dès lors fatalement aggravé dans le sens de la perversion est dirigé, canalisé par une autorité compétente on peut obtenir à cette époque de la vie des résultats inespérés chez certains pervers (Titeka).

(3) Lorsque la Section Henri-Colin s'est ouverte, de nombreux aliénistes avaient exprimé leur scepticisme le plus complet sur la possibilité de faire travailler ces malades. Or, les résultats furent remarquables. Non seulement la majorité des pervers, dont plusieurs n'avaient pu être astreints à l'extérieur ou à la prison à aucune occupation, se livrent à un travail régulier, mais encore la privation de l'atelier est devenue une sanction humiliante.

Les succès obtenus et même la simple nécessité de sélectionner les sujets amendables nous imposent un essai de traitement physique et psychique, dont il est impossible d'affirmer *a priori* l'inutilité.

L'expert, en tout cas, n'a pas le droit de conclure à l'impossibilité d'une amélioration et d'une rééducation. Les conditions matérielles actuelles de l'expertise que tout le monde s'accorde à déclarer défectueuses, ne permettent pas un examen méthodique et prolongé, tant biologique que psychologique, qui s'avère indispensable avant toute conclusion. « La lutte contre la criminalité, écrit Vervaeck, serait œuvre négative et stérile si elle devait se borner à détenir les délinquants anormaux. Leur internement doit être l'occasion et le moyen de les soumettre dans de bonnes conditions scientifiques à un régime thérapeutique et éducatif individualisé. »

— Il est bien évident qu'un établissement psychiatrique seul peut réaliser, sous une direction médicale, ces méthodes d'examen et de traitement qui doivent s'adapter à chaque cas.

La prison est incapable de réunir de pareilles conditions. Il est assez singulier, dès lors, de la voir proposer comme seul procédé thérapeutique. « Est-il admissible d'envoyer des malades dans une prison, si celle-ci ne dispose pas des moyens de traitement et d'éducation susceptibles d'améliorer leurs tares ? » La prison, non seulement ne peut pas améliorer le pervers, mais plus souvent encore elle aggrave ses perversions par les promiscuités fâcheuses qu'il y rencontre, et elle l'empêche de trouver du travail à la sortie par la flétrissure définitive qu'elle lui inflige. La prison est aussi néfaste pour le pervers adulte que la maison de correction pour l'enfant.

En présence de toutes ces raisons, aussi bien théoriques que pratiques, il est difficile de ne pas prendre parti pour l'établissement psychiatrique de sûreté contre la prison. Il n'y a pas, en réalité, de véritable conflit d'opinion à ce sujet. La plupart des aliénistes en France, et notamment les experts, sont partisans de l'asile de sûreté. C'est l'idéal vers lequel tendent ceux-là mêmes qui préconisent des sanctions pénales dénuées de toute indulgence.

Dans le plus grand nombre de rapports médico-légaux consacrés aux arriérés sociaux, les experts concluent qu'ils ne livrent l'inculpé à la justice qu'en raison de « l'absence des asiles de sûreté ». La prison n'est pour eux qu'un pis-aller, qu'un moindre mal. Ils déclarent que mieux vaut une sanction critiquable que pas de sanction du tout. Dans leur rapport sur le vol patho-

logique, MM. Raviart, Vullien et Nayrac résument fort bien cette opinion. « Il nous semble préférable, écrivent-ils, de laisser ces sujets répondre de leurs actes devant la justice sans leur accorder des circonstances atténuantes. Ces réflexions résultent de l'état de la médecine en 1927 (le rapport est de cette date). Elles ne visent pas à être des vérités éternelles. Nous souhaitons vivement les voir bouleverser par les progrès de la thérapeutique, de la science et de la législation. » C'est donc pour la seule raison de l'inexistence des asiles de sûreté que ces experts envoient ces malades en prison.

Reconnaissons toutefois que cette formule commode, qui est devenue une sorte de clause de style dans tant de rapports médico-légaux, est une véritable hérésie médicale. C'est exactement comme si l'on prétendait qu'un malade contagieux, dangereux socialement, doit être envoyé en prison là où il n'y a pas d'hôpital spécialisé.

Illogisme de la conclusion de responsabilité complète. — Ce n'est pas là le seul scrupule que la conclusion de responsabilité impose à la conscience du médecin. La solution pénitentiaire, en dehors des critiques objectives que nous venons de formuler, prête à bien des objections subjectives qui touchent le psychiatre dans sa conviction scientifique et dans sa logique même. Nous abordons ici ce que Vullien appelle très justement les « conditions morales de l'expertise ». L'expert est obligé de se prononcer, non pas seulement sur l'état mental de l'inculpé, mais encore, d'après la coutume, sur sa responsabilité. Lorsqu'il veut l'application maxima de la sanction pénale, il est obligé de conclure à la responsabilité entière.

L'irresponsabilité des pervers constitutionnels est indiscutable : non seulement ce sont des malades mentaux, mais encore leurs actes délictueux sont sur la dépendance directe de leurs tares psychiques. L'expert, partisan de la peine pénitentiaire totale, doit cependant déclarer que son malade est entièrement responsable, et c'est ce qui a lieu dans la pratique. La nécessité de cette conclusion a des inconvénients multiples : Le médecin s'immisce dans l'application et la fixation de la peine et dicte au magistrat la sanction pénale, ce qui n'est pas son rôle. Mais surtout, obligé de faire une entorse à la plus élémentaire logique, il est encore contraint de sacrifier et de travestir son opinion scientifique. S'il veut être conséquent avec lui-même, il devra d'ailleurs appliquer ces conclusions aux pervers encéphalitiques, à tous les malades atteints de perversions acquises, dont les tendances malfaisantes sont aussi dangereuses et aussi irréductibles

que celles des pervers constitutionnels (1). C'est ce qu'on appelle adapter la psychiatrie aux doctrines pénales (2).

Vervaeck s'est élevé contre cette attitude de bon nombre d'experts français : « Oublieux du caractère médical de la mission que leur fixe le réquisitoire, ils n'hésitent pas en fait, à se substituer au juge sur la décision pénale à prendre, en écartant pour des raisons de principe l'intervention, au moment du délit, de causes constitutionnelles ou médicales dont ils sont obligés de constater l'existence. Si nos méthodes de répression, nos tribunaux et nos prisons ne sont pas ce qu'ils doivent être, s'ils se montrent inefficaces dans la lutte contre le crime et la prévention de la récidive, qu'on les transforme radicalement pour les mettre à la hauteur de leur mission. Mais je ne puis admettre que ce soit là un motif ou une excuse pour enlever aux anormaux et aux malades — qui, comme le reconnaissent les rapporteurs, sont devenus antisociaux en raison de leur constitution physique morbide — le droit à la bienveillance, à la protection et au traitement que leur infériorité biologique doit leur devoir au nom de la justice et de la science. »

Les aliénistes français sont unanimes à reconnaître que notre législation pénale et que notre mode d'assistance des délinquants anormaux ne sont plus en accord avec les progrès de la science psychiatrique. Pourquoi dès lors soutenir, étayer un édifice qui tombe en ruines et dont la reconstruction sur d'autres bases est indispensable ? Pourquoi se faire les sauveteurs et presque les complices des erreurs, qui ne nous sont pas imputables, d'un code pénal dont nous admettons tous l'archaïsme ? Pourquoi subordonner une science évoluée à des doctrines surannées ? C'est, en vérité, se montrer plus royaliste que le roi, puisque les juristes, les législateurs, seuls responsables, restent dans l'inaction (3).

(1) Peut-on soutenir qu'on est plus responsable d'une maladie héréditaire que d'une maladie acquise, d'une syphilis héritée que d'une syphilis contractée ?

(2) Cet oubli de la véritable mission de l'expert peut prêter à des interprétations diverses. Le devoir de l'expert est de rechercher et d'indiquer toutes les anomalies de l'inculpé et non de les dissimuler, tout en signalant les mesures propres à protéger la société. Sa plus stricte obligation est l'impartialité. Il ne doit être l'auxiliaire tendancieux ni de l'accusation, ni de la défense. Or, les experts dont l'attitude à l'égard des pervers nous paraît critiquable, peuvent donner l'impression d'être les collaborateurs du Ministère public. De là les insinuations sur l'existence d'« experts officiels du Parquet ». De là aussi la nécessité, qui s'impose de plus en plus, de l'expertise contradictoire.

(3) Ce qu'il y a de plus décourageant pour notre expert, c'est qu'on ne lui tient aucun compte de son sacrifice scientifique, mais qu'il sert au

Si encore cette abdication, liée à un « déni de la vérité scientifique (selon l'expression de Vuillien) devait aboutir à un résultat pratique réellement efficace ! Mais il n'en est rien. Les experts essaient de justifier leur attitude par le souci fort louable de la sécurité publique. La société, nous l'avons montré, n'est pas sérieusement protégée par la prison, qui n'a jamais empêché la récidive d'un pervers anormal. Ce scrupule de défense sociale n'est qu'un leurre en la circonstance. Il serait injuste, en tout cas, de prétendre que les partisans d'une solution différente sont moins soucieux de la défense sociale. Nous croyons au contraire qu'une attitude plus intransigeante, qui n'accepterait pas de composer avec des doctrines pénales périmées, hâterait davantage les réformes nécessaires de la législation et de l'assistance, seule sauvegarde effective de la sécurité publique. La position doctrinaire des criminologistes italiens, celle plus souple mais tout aussi ferme des Belges, qui ont abouti à des progrès remarquables, ne nous montrent-elles pas la voie à suivre ?

Nous n'avons pas l'intention d'aborder la question de la « responsabilité pénale ». Nous rappellerons simplement que cette expression n'est pas incluse dans le code pénal, que l'article 64 n'en fait nullement mention et que ce n'est que par une habitude arbitraire qu'elle s'est introduite dans les ordonnances des juges et dans les rapports des experts. L'article 64 confine la psychiatrie dans un rôle exclusivement médical. Un grand nombre d'aliénistes, de juristes et de magistrats estiment à juste titre que c'est au juge qu'il appartient de déduire des données scientifiques de l'expertise l'appréciation de la responsabilité. Au congrès de Genève de 1907, Gilbert Ballet émettait le vœu que la question de responsabilité fût éliminée de l'expertise et ce vœu était adopté par 32 voix contre 18. Il devrait en être particulièrement ainsi lorsque la conclusion demandée risque d'entraîner des déductions déplorables, soit au point de vue scientifique, soit au point de vue social.

contraire de bouc-émissaire de toutes les fautes de la législation pénale. Chaque fois qu'un inculpé est soumis à l'expertise, la première réaction du public est de penser qu'on veut soustraire le sujet à l'action de la justice. « Les aliénistes, écrivaient Juquelier et Vinchon, ne cessent de réclamer au législateur les textes qui lui permettront de maintenir ces pervers en traitement jusqu'à présomption de guérison... Parce que les réformes projetées par les aliénistes et les criminologistes pour lutter contre la criminalité morbide n'ont pas été réalisées, on feint de méconnaître qu'elles ont été préposées ; et, dans l'état actuel des choses, l'opinion publique, mal informée par les boutades de quelque magistrat, avidement reproduites dans les chroniques judiciaires de la presse quotidienne, tend à s'en prendre aux savants de l'insuffisance des lois. »

Il serait d'ailleurs injuste de penser que, par cette abstention, l'expert se désintéresse des conséquences de son diagnostic psychiatrique et du sort réservé à l'inculpé. Conseiller technique, il peut donner au juge d'utiles indications pratiques sur les meilleures méthodes à employer à l'égard d'un psychopathe, tout en se cantonnant dans son domaine médical. « Je ne vois pas d'inconvénients, disait Ballet, à ce que l'expert indique les mesures qui, possibles ou irréalisables dans le présent..., s'adaptent le mieux à la situation envisagée. Ce faisant, il reste dans son rôle de médecin (1). » Ne serait-il pas possible, sur ces données, d'arriver à un accord entre tous les aliénistes en se refusant à conclure sur la responsabilité ou à l'irresponsabilité des pervers constitutionnels, conclusions aussi fâcheuses l'une que l'autre, mais en indiquant simplement la nocivité de ces anormaux, la probabilité de leur rechute, la nécessité enfin de les placer dans un établissement où le traitement soit associé à la discipline jusqu'à la disparition de la nocivité, c'est-à-dire dans un asile de sûreté ? La solution de la question ne consiste pas à ergoter sur le degré de responsabilité, mais à créer des établissements appropriés aux pervers comme aux divers types d'anormaux.

Ayant ainsi mis la société en face de ses devoirs, le rôle du médecin est terminé. C'est à la législation qu'il appartient d'adapter aux données scientifiques les méthodes de pénalité et d'assistance et non pas au psychiatre qui n'a aucun pouvoir et aucune responsabilité en cette matière. Il est singulier de voir des aliénistes s'opposer aux progrès de la psychologie criminelle et tenter même de ramener la science à des idées révolues, en rayant du cadre nosologique des états mentaux dont le caractère pathologique est depuis longtemps admis et de mieux en mieux démontré. Mais la marche des idées nouvelles est irrésistible ; il est vain de s'y opposer. La condamnation de ces pervers apparaîtra un jour aussi étrange que nous apparaissent burlesques ces procès que l'on instruisait gravement au Moyen-Age contre des animaux « coupables » de délits ou de crimes.



RÉALISATIONS PRATIQUES ACTUELLES. — Il faut bien reconnaître que l'attitude intransigeante que nous préconisons contient

(1) Cette façon de conclure est déjà mise en pratique dans la médecine légale infantile. L'expert n'a pas à se prononcer sur la responsabilité du jeune délinquant, mais à indiquer la mesure la plus appropriée : liberté surveillée, patronage, internat, etc...

une part de fatalisme, d'indifférence des résultats pratiques qui ne peut pas contenter entièrement des esprits positifs. Par ailleurs, il ne faudrait pas trop s'illusionner sur l'énergie apparente des partisans de la prison, « faute d'asile de sûreté ». Ne comporte-t-elle pas, en fait, elle aussi, dans bien des cas, l'art de se décharger sur l'autorité judiciaire d'une responsabilité qu'on ne veut pas assumer ?

Aucune de ces solutions n'est pleinement satisfaisante lorsqu'on se place résolument en face des réalités. Nous sommes les premiers à déclarer qu'elles ne nous satisfont pas et qu'il serait opportun d'aller au delà dans les réalisations pratiques.

Une seule méthode serait efficace ; une seule serait désirable à l'égard des pervers instinctifs : l'asile de sûreté. Or, l'application de cette mesure exige deux conditions :

Il faut des établissements spécialisés.

Il faut une législation spéciale.

Si ces deux conditions étaient réalisées, le problème des aliénés pervers serait complètement résolu avec l'approbation de tous. Mais sont-elles réalisables ? Ici, deux opinions, deux attitudes sont possibles : L'une consiste à attendre que la réforme du code pénal et de la loi de 1838, toutes deux en projet depuis fort longtemps, soient votées. Cette expectative résignée et quelque peu paresseuse nous réserve bien des désillusions et réclame une inlassable patience. L'autre, plus courageuse et qui s'émeut de voir notre assistance des aliénés délinquants retarder lamentablement sur celle de tous les pays qui nous entourent, consiste à se demander si, dans l'état actuel des choses, avec nos ressources présentes, nous ne pourrions nous-même, sans plus tarder, réaliser l'établissement psychiatrique de sûreté. C'est cette deuxième attitude que nous adoptons et dont nous voudrions essayer de montrer les possibilités immédiates. Nous croyons pouvoir affirmer les deux points suivants, que nous développerons ensuite :

1° Il n'est pas besoin, momentanément, de loi spéciale pour maintenir les aliénés pervers dans un établissement psychiatrique et faire fonctionner un asile de sûreté.

2° La création d'asiles de sûreté ne présente pas de difficultés insurmontables. Ce que nous devons, dès lors, tenter de toute notre énergie, c'est de faire précéder la réforme législative et pénale par une réforme pratique, de fait, réalisée par nos propres moyens, et qui ne tardera pas à entraîner les deux autres automatiquement, obligatoirement.

La loi de 1838 permet de maintenir, à l'asile, les pervers. — Il est classique de dire qu'on ne peut pas garder les pervers à l'asile, qu'il est illégal de les y conserver. Seule, une réforme de la loi de 38 pourrait modifier cet état de choses. Sans doute, lorsque ces anormaux sont internés, leurs tares mentales, qui se traduisent sous forme antisociale, n'ont plus que des occasions assez rares de se manifester. Est-ce à dire que cette nocivité, actuellement latente, a disparu ? Qui oserait soutenir une telle opinion ? C'est comme si l'on prétendait qu'un agraphique est guéri lorsqu'on ne lui fournit plus ni papier, ni porte-plume. On a la quasi-certitude que le retour dans le milieu social provoquera de nouvelles délinquances. Ces malades sont « en état dangereux permanent », selon l'expression du Professeur Garçon. Cette virtualité du danger social qu'ils représentent n'est-elle pas suffisante pour justifier le maintien à l'asile ? On nous parle si souvent de notre rôle de défenseur de la sécurité publique. Voilà une occasion de le mettre en pratique. Le médecin qui, systématiquement, libère les pervers qu'on place dans son service et dont la récidive immédiate est à peu près certaine, ne commet-il pas une faute à la fois professionnelle et sociale ? L'aliéniste qui ouvrit les portes de l'asile à Vacher engagea bien plus gravement sa responsabilité que s'il avait gardé ce criminel.

Mais il n'est même pas permis de parler de latence, de virtualité des tendances nocives au cours de l'internement. Ces malades ne sont pas des intermittents, mais bien des chroniques. S'ils peuvent, pendant quelques jours, dissimuler plus ou moins leur véritable mentalité, cette pseudo-rémission dure fort peu de temps. Très rapidement, ils se montrent à nouveau indisciplinés et jettent le trouble dans le quartier. Tous les médecins d'asile s'accordent à déclarer que ces sujets deviennent des ferments de désordre et d'immoralité, et se rendent bientôt insupportables. Mais alors, il y a une véritable contradiction à soutenir, d'une part, que ces malades ont des tendances antisociales à l'asile même et, d'autre part, qu'ils ne présentent plus de troubles mentaux. Il y a mieux encore : si l'on conserve ces sujets pendant un temps suffisant, ils ne tardent pas à essayer de réaliser, à l'asile même, leurs tendances perverses et parfois, ils y parviennent. Certains de ces malades ont pu organiser des tentatives de chantage et d'escroqueries. Un autre s'était fait remettre les titres bancaires d'un infirmier. Un autre enfin, plus fort encore, pût escroquer d'une forte somme, le receveur même de l'asile. Et nous pourrions multiplier les exemples.

Si nous nous plaçons maintenant au point de vue purement juridique et légal, nous prétendons qu'aucun des textes de la loi de 38 ne peut nous faire une défense de garder ces pervers à l'asile. Nous serions heureux que l'on nous citât un texte précis à ce sujet. La législation des aliénés n'élimine pas plus les manifestations de la pathologie morale que celles de la pathologie intellectuelle. Notre loi est assez large. Le terme d'aliénation qu'elle emploie est aussi compréhensif que le terme d'émence du code pénal. Nous croyons même que le qualificatif d'aliéné ne peut pas être mieux appliqué qu'à ces malades qui sont essentiellement des antisociaux. En 1914, la société médico-psychologique a été unanime à adopter la définition suivante : « Sont aliénés les individus atteints d'affections mentales qui compromettent l'ordre public ou qui sont dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres. » Colin et G. Ballet déclarèrent qu'on ne doit pas sortir des termes d'une définition de l'aliéné envisagé au point de vue social. Retenons aussi cette définition de Dupré : « Les psychopathes sont des aliénés quand leur état cérébral aboutit, dans le domaine de l'action, à des manifestations étrangères à la mentalité de leur groupe et nuisibles à l'ordre public et à la sûreté des personnes. » Il semble que ces définitions aient été faites à l'usage tout particulier des pervers constitutionnels.

Quelles sont les craintes de l'aliéniste qui gardera ces malades dans son service ? Craint-il d'être désavoué par l'autorité administrative ? Mais la section spéciale de Villejuif compte, pour un bon tiers de son effectif, des anormaux de ce genre et la question de leur sortie se pose journellement. Le médecin du service les retient, sans la moindre difficulté, aussi longtemps qu'il le juge utile, avec l'assentiment formel de l'administration. En réalité, il est beaucoup plus difficile, dans la Seine du moins, d'obtenir de la Préfecture de police la sortie de ces malades que leur maintien à l'asile, et cette remarque est loin d'être une critique.

L'aliéniste redoute-t-il d'être accusé d'internement arbitraire par l'autorité judiciaire ? Nous ne connaissons pas un seul cas, depuis que fonctionne la section Henri-Colin, dans lequel le tribunal ait ordonné, malgré l'avis médical, la libération d'un pervers délinquant récidiviste. Il serait vraiment paradoxal que les magistrats, soucieux de la défense sociale et avertis du danger de ces malades, se posent en adversaires du médecin qui poursuit le même but d'ordre public.

Nous ne prétendons pas cependant que tout est pour le mieux

dans l'état actuel des choses. Il serait bon que la responsabilité de la sortie de tels malades ne soit plus supportée par le seul médecin traitant. Des textes législatifs nouveaux devraient entourer la libération des pervers de garanties sérieuses. Les projets de réforme de la loi de 38 comportent des innovations conformes à ces données. Mais ces projets peuvent, longtemps encore, rester en sommeil.

Or, dès maintenant, il est possible de mettre en pratique quelques-unes de ces garanties. La loi actuelle est assez souple pour s'adapter aux situations les plus nouvelles et permettre d'organiser la sortie de ces malades dans des conditions plus strictes. Ces méthodes sont déjà appliquées et ont donné d'excellents résultats dans les quartiers de sûreté, tout en restant dans le cadre même de la loi de 38.

A Hoerdt, l'avis du parquet est toujours sollicité par le Préfet. De plus, une commission médicale, composée d'aliénistes de la région, a été constituée, par le Préfet du Bas-Rhin, sur l'initiative du Dr Arsimolles, et fonctionne officiellement depuis 1925.

Dans la Seine, la Préfecture de Police est allée beaucoup plus loin. Depuis 1919, toutes les fois qu'il s'agit d'un malade d'origine judiciaire, elle s'en remet entièrement, pour la décision de la sortie, à l'avis du tribunal. En fait, dans la Seine, est réalisée, pour la libération des aliénés criminels, cette intervention systématique de l'autorité judiciaire, réclamée par les réformateurs de la loi de 38.

Que reste-t-il des objections de ceux qui prétendent qu'on ne peut garder les pervers à l'asile et que leur maintien est illégal ? Peu de chose. La vérité n'est pas là. Pourquoi ne pas reconnaître les raisons réelles, et d'ailleurs, parfaitement justifiées, de cette attitude ? On ne garde pas ces malades à l'asile ordinaire parce qu'ils y sont indésirables et parce que, pour des motifs bien connus, médicaux mais non pas légaux, ils n'y sont pas exactement à leur place.

Création des centres de sûreté. — Nous sommes ainsi conduits à la dernière question, le problème s'amenuisant de plus en plus : La création des asiles de sûreté. Mais c'est aussi la question capitale. Sans doute, l'asile de sûreté n'intéresse pas seulement les aliénés pervers ; son cadre est beaucoup plus large. Mais, en dehors des véritables aliénés criminels, dont l'internement est déjà assuré, il serait urgent d'appliquer d'abord l'asile de sûreté aux arriérés sociaux.

Quelles sont les possibilités actuelles ?

Et tout d'abord, la création de ces asiles est au moins amorcée.

Rappelons qu'il existe, en France, deux quartiers de sûreté : le quartier Hoerd, en Alsace, et la section Henri-Colin, de Villejuif, comprenant un service d'hommes et un service de femmes, et disposant de 100 places (65 hommes, 35 femmes). Il est curieux de constater que, malgré ce nombre restreint, la section Henri-Colin suffit à drainer les aliénés venant des tribunaux ou des prisons de la Seine, tous les malades difficiles des asiles de ce département et même des pervers placés directement. Tandis que les asiles de la Seine ont une surpopulation exagérée, la section H.-Colin a souvent des places disponibles. Il y a quelques jours, vient de s'ouvrir le quartier des femmes : après avoir recueilli toutes les malades dangereuses de la Seine, de nombreuses places sont encore vacantes. Pour citer un cas pris en province, nous rappellerons qu'on avait ouvert, il y a quelques années, à l'asile d'Evreux, un quartier d'aliénés difficiles. On dut le fermer en raison du nombre insuffisant des malades.

Les aliénés antisociaux, et notamment les pervers, seraient-ils donc beaucoup plus rares qu'on ne pourrait le croire ? On nous objectera, avec juste raison, que cette rareté n'est qu'apparente et que, le jour où bien des experts modifieront leur conception actuelle, le nombre des internés augmentera considérablement. C'est certain. Nous croyons cependant qu'il ne faut pas exagérer la quantité de ces délinquants anormaux. Il faut tenir un grand compte de leurs fréquentes récidives. On les a comparés à ces figurants des théâtres modestes qui donnent l'illusion d'un long défilé par leurs passages successifs. Nos pervers passent ainsi plusieurs fois sur la scène judiciaire. On pourrait espérer trouver des précisions dans les statistiques médico-légales. En réalité, on ne peut tabler sur elles, les cas étant répartis d'après le degré de responsabilité, dont on sait la variabilité d'appréciation selon les doctrines des experts. Les statistiques d'Heuyer et Badonnel pour les enfants délinquants indiquent une proportion de 17 % d'enfants pervers. Plus précieux sont les documents recueillis en Belgique depuis l'application de la loi de défense sociale, soit depuis 3 ans. Or, il semble que le nombre des déséquilibrés amoraux soit assez peu élevé (1). Nous avons donc l'impression que le pourcentage des véritables per-

(1) Statistique de Vervaeck. Sur 590 psychopathes pour lesquels a joué la loi de défense sociale, 260 déséquilibrés, parmi ceux-ci 133 psychopathes constitutionnels, 9 diagnostics de folie morale.

vers constitutionnels, parmi les délinquants récidivistes est relativement réduit.

Certes, les établissements actuellement existant en France sont insuffisants. Mais, grâce à eux, nous possédons déjà une expérience importante de la création, de l'organisation et du fonctionnement de ces asiles spécialisés, qui nous indique la voie à suivre.

Nous avons montré plus haut que, tout en souhaitant une législation complémentaire de la loi actuelle, le fonctionnement de ces quartiers peut s'exercer dans le cadre même de la loi de 38. Il existe déjà une sorte de jurisprudence qui pourrait facilement être unifiée et généralisée par simple voie réglementaire.

Les nécessités d'organisation matérielle sont également au point, grâce à l'expérience acquise. Les dispositions extérieures et intérieures permettant d'assurer une surveillance toute spéciale ont été également étudiées dans leurs plus minutieux détails.

La question de la situation de ces quartiers de sûreté est également précisée : Faut-il les annexer aux asiles ou aux établissements pénitentiaires, comme en Belgique ? La majorité des aliénistes français estime que ces services doivent être para-asilaires puisque les pervers constitutionnels doivent être considérés et traités comme des malades. Il y a d'ailleurs, à cette solution, une autre raison majeure, du moins dans les conditions actuelles : c'est qu'on ne pourrait faire fonctionner ces établissements, s'ils étaient annexés aux prisons, que grâce à une loi de défense sociale que nous n'avons pas et qui n'est pas sur le point d'être votée ; tandis qu'il est possible d'organiser tous les établissements asilaires sous le régime de la loi de 38.

L'édification de ces quartiers de sûreté ne rencontre aucun empêchement législatif, aucune difficulté administrative considérable, pas plus que la création d'un nouveau service d'asile. La construction toute récente de la section femmes du service Colin prouve cette possibilité. La seule difficulté est une difficulté pécuniaire. Encore cette dépense ne paraît pas excessive. Quelques millions suffiraient. Deux ou trois quartiers analogues à celui de Villejuif, établis dans les villes les plus importantes, permettraient de drainer les diverses régions françaises.

Les frais, répartis entre l'Etat et plusieurs départements, ne seraient pas très élevés pour chaque unité administrative. L'Etat accorde des faveurs considérables pour la lutte contre des fléaux pathologiques qui ne sont pas plus redoutables que la

criminalité des anormaux. Le budget de l'outillage national a récemment encore fait des dons généreux dont les asiles de sûreté auraient pu recevoir quelque manne. Nous ne pouvons espérer réaliser le plan grandiose d'assistance que la Belgique a mis en œuvre avec ses établissements multiples, adaptés à chaque catégorie de psychopathes. Nous devons être d'abord plus modestes.

Cependant, on pourrait pousser plus loin encore l'organisation que nous préconisons. Deux degrés d'établissements de sûreté paraissent nécessaires, d'après notre expérience. Au-dessus des quartiers de sûreté d'asile, il serait utile de posséder un ou deux superasiles de sûreté, éloignés des villes et destinés aux malades les plus dangereux. Or, d'après les avis autorisés, des établissements pénitentiaires actuels, désaffectés, pourraient être aménagés à cet effet, sans dépenses importantes, et transformés, soit en service pour adultes, soit en internats de réforme pour les enfants pervers. « Plusieurs colonies pénitentiaires d'enfants sont vides, dit le Professeur Donnedieu de Vabre. Pourquoi fermer ces établissements ; pourquoi les vendre, dans des conditions souvent désastreuses, alors qu'ils sont plus nécessaires que jamais à la surveillance et à la rééducation des délinquants anormaux mineurs ou majeurs ? » Heuyer précisait : « En France, on pourrait créer des internats de réforme semblables à ceux de Merxplas et de Molle, sans qu'il en coûtât un sou au budget ; au lieu de supprimer les colonies pénitentiaires, qui ont leur budget, il faut les garder, les modifier dans leur esprit, leur organisation, leur personnel et leur but. » Heuyer demandait, avec M. Rollet, que ces colonies soient transférées au Ministère de l'Instruction publique. Pour nous, il nous paraîtrait plus logique de les placer sous l'autorité du Ministre de la Santé publique et la question des asiles de sûreté serait partiellement résolue.

En somme, nous croyons qu'une action suivie, qu'un effort tenace auprès des pouvoirs publics, mieux renseignés, nous permettrait de réaliser, par nos propres moyens, une réforme sociale d'une importance considérable, qui n'est même plus une expérience, puisqu'elle a déjà donné, en Belgique, des résultats remarquables.

UN INTERNEMENT CONTESTÉ

PAR

G. HEUYER

L'observation que nous rapportons est celle d'un malade dont les aventures ont suscité de nombreux commentaires. Si nous nous décidons à rapporter son histoire, ce n'est pas dans un but de polémique. Mais l'observation de notre malade, qui se prolonge sur plus de vingt ans, soulève des questions qui nous paraissent intéressantes et importantes, tant au point de vue du diagnostic psychiatrique que des conclusions médico-légales. Elle met en évidence l'absence d'une doctrine médicale, sur beaucoup de points de médecine légale psychiatrique. C'est donc en nous plaçant à un point de vue très général que nous désirons rapporter ce cas d'un internement contesté.

OBSERVATION. — N. Gaston est né à Mustapha (Algérie), le 26 février 1881.

Son père était maître de cabotage, ou patron pêcheur. Il avait une nombreuse famille : 2 garçons, 8 filles.

D'après les renseignements fournis par l'enquête, celui de ses enfants qui lui a donné le minimum de satisfaction est Gaston. Celui-ci, dès son enfance, a montré un caractère hargneux, querelleur, sournois, qui n'a fait que s'amplifier par la suite.

Il n'était pas dénué d'intelligence, mais il fut un mauvais écolier et ne put avoir le C.E.P. De bonne heure, il a quitté sa famille, muni d'un très maigre bagage scolaire. Il se serait rendu alors pour la première fois à Buenos-Ayres, où il aurait été employé en qualité d'archiviste à la légation de France. Il aurait été employé également à la Banque française de Buenos-Ayres. Son séjour en Amérique du Sud fut de courte durée.

De retour à Alger, il commence sa véritable carrière. Ses débuts n'ont pas été heureux, si l'on en juge par les 4 condamnations qu'il a encourues en 1907 et qui ont sanctionné toute une série d'actes délictueux.

La Cour d'Appel d'Alger le condamne le 10 juillet 1907 à 2 mois de prison et 25 fr. d'amende pour escroquerie ; à 4 mois de prison et 25 fr. d'amende, pour escroquerie encore ; 6 mois de prison et 25 fr. d'amende pour le même motif et elle prononce la confusion de ces trois peines.

Peu de temps après, le 15 septembre 1907, c'est la Cour d'assises d'Alger qui le frappe de 3 années d'emprisonnement et 100 fr. d'amende pour faux et usage de faux en matière d'écritures privées et de commerce.

Entre temps, le Tribunal de Commerce d'Alger le déclare en faillite.

Immédiatement après sa libération, N. se manifeste pour la première fois à la police parisienne. Le 2 décembre 1910, il sollicite son rapatriement pour l'Algérie. Il avait quitté Alger en mars à ses frais pour venir à Paris et tenter de faire agréer par le Ministère de la Guerre une torpille de son invention pour aéroplanes militaires. Il n'avait pas obtenu satisfaction. Sans ressources, il voulait retourner chez son père, en Algérie.

En juin 1911, il est signalé à la Police judiciaire comme obsédant de ses sollicitations M. D. Le Commissaire de Police signale que ce n'est pas tant un fou qu'un escroc.

En juin 1911, une première plainte est portée par M. D. pour mendicité. Une première expertise médico-légale de M. le Dr Voisin conclut à l'irresponsabilité (26 juin 1911).

En 1912, une deuxième plainte est portée par M. D. pour menaces de mort et tentatives d'extorsion de fonds contre N., qui se dit « aide-ingénieur ».

Nous insisterons sur les détails de cette première affaire qui ressemble d'une façon quasi-identique à la seconde dans laquelle nous sommes intervenus. N. est signalé alors comme faisant des expériences scientifiques et prenant des brevets pour des inventions : roue pour automobiles, parachute pour aéroplanes et dirigeables, torpille aérienne, plan de sous-marin, moyens de sauvetage, fumigateur pour répandre le soufre sur les vignes, enveloppe métallique pour rendre les pneumatiques inusables, appareil timbreur, etc. Il présente sa torpille aérienne au concours Michelin. Elle n'est pas acceptée et il déclare que c'est à la suite d'une hostilité préétablie.

Il est alors sans ressources et ses sœurs lui versent une pension de 150 francs par mois.

Il communique ses plans concernant l'aviation aux collaborateurs de M. D. Ces plans lui sont restitués sans avoir été utilisés. Assiégeant sans cesse M. D., celui-ci lui fait de notables libéralités. M. D. cherche à provoquer son retour en Algérie et finit par porter plainte contre N. (1911).

Mis en liberté à la suite du rapport de M. Voisin, N. ne tarde pas à renouveler ses revendications et ses menaces auprès de M. D., qui porte plainte de nouveau en 1912.

N. avait d'ailleurs déjà été arrêté une fois et relâché après passage au Dépôt.

La deuxième plainte de M. D. s'accompagne d'une demande d'examen mental. N. prête, en effet, à M. D., des intentions invraisemblables.

Il déclare que M. D. veut le faire disparaître, l'empoisonner, le faire tuer à coups de revolver. Il apporte des preuves absurdes à l'appui de ses affirmations dans des lettres multiples à M. D., actuellement contenues dans son dossier. Il se montre exalté et menaçant : « Je ne crains, dit-il, que Dieu et mon père... Cet acte inqualifiable : un fils de la Révolution, inventeur de la torpille aérienne pour la défense nationale, mis en prison par votre ordre, vous sans scrupules, vous saignez le peuple français de 100.000 francs par jour (*sic*). Je vais expérimenter ma nouvelle mitrailleuse cerf-volant pour l'attaque des dirigeables, Place des Invalides et informer le Ministre, mes deux Juges d'Instruction et le Directeur de la Santé... Je préfère me tuer à Paris que de retourner chez moi miséreux... Je soutiendrai un siège, décidé à ne pas me laisser prendre vivant... Je meurs au pied de mon drapeau... »

Trois médecins-experts sont commis : MM. L., V. et de C. Le rapport est déposé le 11 juillet 1912. Les conclusions sont les suivantes : « M. est un dégénéré débile avec orgueil morbide, présentant un délire de revendication avec réactions agressives (persécuté-persécuteur) : M. D., qui lui a volé une invention (torpille aérienne), cherche à le faire disparaître, veut l'empoisonner ou le faire tuer à coups de revolver, etc... Interprétations incessantes. Agent déguisé toujours nouveau. Coïncidences. Rêves prophétiques ou confirmatifs. Il est un génie ; il se sacrifie à son pays. Depuis un an, lettres de menaces, insistances, manifestations, trois arrestations. Projets de vengeance tantôt avoués, et tantôt niés. Actuellement, troubles neurasthéniques, découragement, idées de suicide. Conviction irréductible avec besoin incoercible d'y donner suite. Plusieurs condamnations en 1907. Inculpé actuellement de menaces de mort et de tentatives d'extorsion de fonds. Irresponsable. Sujet dangereux, doit être interné. »

Le non-lieu est prononcé le 17 juillet 1912 et M. est interné. Il est l'objet de plusieurs certificats de MM. J., C. et B., qui sont tous concluants et que nous ne pouvons tous rapporter.

Nous citerons seulement le certificat du D^r B., daté de Villejuif, le 19 août 1912.

« Débilité mentale avec idées processives et de revendication. Il est convaincu qu'il a été dépouillé d'une invention concernant la défense nationale : « torpille aérienne pour dirigeables ». C'est M. D., à qui il avait demandé appui pour lancer sa découverte, qu'il accuse d'avoir vendu ses plans à l'étranger. M. D., « pour étouffer les dessous de cette scandaleuse affaire », userait de ses relations et de la force financière qu'il possède pour le faire arrêter, puis interner. N. est décidé à mener jusqu'au bout ses revendications. Il est intéressant

de faire remarquer qu'il a passé trois fois devant un Juge d'Instruction, sur plusieurs plaintes de M. D., et qu'il n'a pas voulu exposer ses griefs. Aujourd'hui, il est décidé, au contraire, à avoir recours à la justice. C'est un malade réticent, qu'il est difficile d'interroger, du fait que les documents qui ont motivé la plainte de M. D. et que les menaces ou même les violences auxquelles il se serait livré sont imparfaitement connues. La communication du dossier judiciaire nous serait des plus profitable. Quoi qu'il en soit, N. présente actuellement des idées tenaces de revendication et des tendances persécutrices pour lesquelles il doit être maintenu à l'asile. » — D^r B.

(*Certificat de situation, Villejuif, 5 novembre 1912*). — Déséquilibré, persécuté-persécuteur, qui accuse M. D. de lui avoir volé une invention de torpille aérienne... Depuis le jour de son entrée dans mon service, le 23 juin 1912, N. n'a cessé d'écrire de tous côtés aux autorités, aux journalistes, aux députés, pour réclamer sa mise en liberté. J'estime qu'il y a lieu de l'observer plus longuement, avant de la lui accorder. A maintenir. Signé : D^r C.

Le dossier de N. contient, en effet, de nombreuses lettres écrites au Préfet de Police, au Procureur de la République, au Substitut, pour protester « contre son internement arbitraire » ; « il réclame contre l'expertise médicale » ; il menace de « s'adresser à un Comité de la presse ou de défense sociale ». Il demande d'intervenir contre les abus de pouvoir de M. le D^r C., à Villejuif, qui « abuse de la situation des malheureux que la fatalité ou l'injustice lui confie ». Il menace « de refuser la nourriture, de faire atteinte à sa vie ».

Le 12 février 1913, son beau-frère demande sa sortie. Après de nombreuses hésitations dont la trace est au dossier, le 24 février 1913, le docteur C. rédige le certificat suivant :

« Déséquilibré, persécuté-persécuteur, qui poursuit M. D. de ses revendications. Dans mon service est tranquille, docile, mais réclame instamment sa sortie. Si N. était mis en liberté et restait à Paris, il n'est pas douteux qu'il recommencerait à se livrer aux mêmes actes qui l'ont fait poursuivre et interner. Il conviendrait donc de le rapatrier en Algérie, son pays natal et si l'un de ses parents voulait se charger de l'y conduire, je pourrais signer sa sortie. Pour les frais de voyage, M. D. a fait offrir de les prendre à sa charge et je ferais accompagner N. à la gare par un des infirmiers de mon service pour assurer son départ de Paris. — D^r C... »

Dans deux lettres, du 21 février 1913 à M. le Substitut M. et du 7 mars au Préfet, N. s'engage à retourner en Algérie et à ne plus s'occuper de son invention.

Le 4 mars 1913, le docteur R., médecin inspecteur de la Préfecture de police, rédige le certificat suivant :

« Dégénérescence mentale avec idées de revendication. Interprétations délirantes. Tendances ambitieuses, etc... Persécuté-persé-

teur, inventeur de torpille aérienne, etc... Quitte l'asile pour aller à Marseille et en Algérie. Peut sortir à ces conditions. »

Le 17 mars, N. quitte l'asile et se rend à Marseille. Il est signalé pour surveillance au Préfet d'Alger.

Mais N. *ne se rend pas en Algérie*. Il reste à Marseille, et, 4 jours après sa sortie de l'asile, le 21 mars, il écrit de nouveau à M. D. une lettre de protestation et de revendication, où il réclame son plan.

Le 4 avril, M^e J..., Avocat de M. D., envoie au Préfet les lettres adressées par N. à M. D. Ce sont des demandes d'audience, de menaces de se rendre à Paris : « Les hommes de loi, les hommes de science n'ont plus de conscience devant le veau d'or. »

Le 11 mai, il envoie à M. D. le portrait du Président Carnot ; puis des lettres de menaces et de demandes de fonds pour aller en Amérique. Le dossier comporte une série de lettres de ce genre jusqu'en mai 1914. Une lettre de M^e B.-C. au Préfet de Police, le 11 mai 1914, signale que « la situation devient intenable. N. ne quitte pas la porte de M. D. et le guette. Il a cité M. D. devant le Juge de Paix du 16^e arrondissement, lui réclamant 600 francs en paiement du portrait du Président Carnot qu'il lui a envoyé ».

A noter que, parmi les lettres à M. D., une, datée du 2 janvier 1914, propose une nouvelle invention : « dispositif pour la suppression des détonations produites par la déflagration de la poudre à la sortie du Lebel. Les essais pratiqués auraient été satisfaisants avec la carabine Buffalo (*sic*). »

Le 19 avril 1914, M^e B.-C. annonce que N. s'est embarqué à Bordeaux pour Buenos-Aires. Les frais du voyage auraient été payés par M. D.

N. serait resté environ un an à Buenos-Aires et les renseignements nous manquent sur son activité pendant cette période en République Argentine. Il assure qu'il était devenu ingénieur-conseil à la Banque Française du Rio de la Plata, à Buenos-Aires.

Il est revenu en France en 1915 et « affecté à un régiment d'artillerie au front ». Il dit avoir été blessé en mai 1915 à l'œil droit par suite de l'éclatement d'une pièce (?). Après avoir été traité à Bourg-en-Bresse en 1915, il aurait été mis dans le service auxiliaire.

Le 17 octobre 1915, un rapport de Commissaire de Police le signale à Paris. Il propose au Comité des inventions un système destiné à être adapté au Lebel pour utiliser les cartouches de chasse. Le Colonel G., rapporte que ce système entraînerait trop de complications et le repousse.

En 1917, il travaille à la réalisation d'un piège pour sous-marins. Il fait intervenir M. C., ancien ministre, mais ne peut faire admettre son invention par les services techniques. Il essaie de le faire adopter par la base navale américaine.

En 1917, encore, il se préoccupe d'une invention concernant la pâte à papier. Il travaille à isoler la cellulose des pins maritimes des Landes en vue d'en faire du papier.

En mai 1918, à la suite d'une lettre de menaces écrite à M. C., Sous-Secrétaire d'Etat à la Marine de Guerre, il est mis en surveillance par la Police Judiciaire.

Depuis 1916, N. avait réussi à se faire admettre à la main-d'œuvre militaire comme pointeau dans une usine de munitions. Là, il fait la connaissance d'une ouvrière d'usine, Germaine, avec laquelle il se met en ménage. Celle-ci devient la rabatteuse de N. Pendant une certaine période, Germaine, pour subvenir aux besoins du faux ménage, fréquente les maisons de rendez-vous de Bordeaux.

Au début de 1918, N. est relevé de ses fonctions à l'usine de munitions. Il est versé dans le service auxiliaire, affecté au 58^e d'artillerie. Il arrive à se faire réformer. A noter qu'ultérieurement, il affirmera avoir été blessé à l'œil droit, puis au bras droit, sur le front au cours de l'éclatement d'une pièce. Or, il est avéré que ces blessures n'ont jamais existé et qu'il eut une ophtalmie tout à fait indépendante du service aux armées. Il est rendu à la vie civile peu de temps avant la fin des hostilités.

De la fin de juin 1918 au début de 1920, N. réside à Bordeaux et cherche sa voie.

Il prend des brevets pour l'exploitation de procédés nouveaux en matière de fabrication de papier. Il les dénomme « les procédés N. ». Il prétend être en mesure, à Bordeaux, à l'aide de ses procédés de fabrication, de faire du papier avec les pins des Landes ; il supprimerait ainsi l'importation des bois nord-européens et nord-américains. Il prétend n'avoir besoin ni de grandes usines, ni de matériel coûteux, ni de force, ni de chaleur. Son procédé consiste « à placer dans un autoclave des copeaux de pins des Landes ; après trituration et séjour dans l'eau, il fait passer de l'oxygène sur lesdits copeaux et obtient, après un lessivage, une pâte avec laquelle il prétend fabriquer du papier ou du carton d'une qualité au moins égale à celle des usines fabriquant avec les procédés ordinaires ». En 1920, il entre en rapport avec un meunier de Marmande, M. M. ; ce dernier possède une importante fortune ; N. le convainc de l'existence de son procédé, et M. n'hésite pas à avancer les fonds nécessaires pour la constitution d'une « Société M. et N. », à laquelle N. apporte ses brevets, ses connaissances spéciales, son activité, etc...

Avec les fonds de M., N. installe, à Barsac, une usine de démonstration, qui, par la suite, doit être aménagée en usine de production. Dans cette affaire, M. engloutit rapidement plus de 800.000 fr. et ne peut jamais obtenir de N. qu'il fabrique un gramme de papier à l'aide de ses procédés.

M. est un homme déjà âgé et facilement influençable, N. en fait ce qu'il veut. Mais M. étant tombé malade, son gendre, le D^r D., se trouve dans l'obligation de prendre la direction des affaires de son beau-père. Il se rend compte rapidement que son beau-père a été escroqué par son associé, N., et il se met en devoir de liquider l'affaire. N. ne l'entend pas ainsi, il menace le D^r D. et M. ; va jus-

qu'à les relancer à leur domicile. En même temps, une procédure est engagée par M. contre N., devant les tribunaux de Bordeaux, procédure qui se termine par la dissolution de la Société M. et N., sans sanction pénale.

Ces événements se placent durant les années 1920-21.

N. exploite les faits ci-dessus en se faisant passer à Bordeaux pour un malheureux inventeur, indignement spolié par le capitaliste M.

N. entre alors en relations avec un démarcheur financier de Bordeaux, nommé S. qui fut plus tard arrêté pour escroqueries à l'assurance. S. amène à N. de petits capitalistes en mal de placements. Ces derniers versent des fonds à N. et ils n'ont jamais plus revu un centime. N. promet à ces petits capitalistes monts et merveilles : son procédé doit révolutionner l'industrie du papier ; des bénéfices formidables peuvent être logiquement envisagés. Enfin dans son procès, pendant contre M., il réclame des dommages-intérêts très élevés

Il peut ainsi louer une petite usine en ruines, à Barsac. Il achète un matériel sans grande valeur qu'il ne paie pas. Entre temps il vend ses licences de brevet pour 1, 2, 3 ou un plus grand nombre de départements. Comme une certaine publicité a été faite autour du fameux procédé N., ce dernier reçoit assez fréquemment la visite de personnes que cette invention nouvelle intéresse. Au nombre de ces personnes, l'une, M. A., cherche à obtenir une licence du brevet et cette cession est négociée moyennant la somme de 200.000 francs. Mais M. A. est un escroc, au même titre que N., et nous ne pouvons rapporter tous les détails d'une tentative d'escroquerie faite par tous deux en complicité au détriment de M. Ch. ; le plaignant ayant été pour une fois désintéressé, c'est à cette circonstance que N. a dû de ne pas voir son casier judiciaire s'orner d'une cinquième condamnation.

Depuis 1920, N. s'est spécialisé dans la fabrication du papier. Or, à chaque fois qu'il est mis en présence de techniciens de valeur, ou d'ingénieurs chimistes, comme dans ses rapports avec M. P., N. se dérobe et se retranche, soit derrière des accès de mauvaise humeur, soit derrière des explications très vagues. De même, à chaque fois que ceux qu'il a pris comme commanditaires veulent procéder à une vérification, un obstacle survient toujours pour empêcher les expériences : tantôt c'est une turbine qui ne donne pas ; tantôt c'est une fuite à l'autoclave ; tantôt c'est l'ozonisateur qui fonctionne mal. Il faut dire que pendant toute cette période, N. est associé avec un individu qui se sert de lui pour faire verser des sommes de plus en plus fortes par les commanditaires.

Un ingénieur, M. P. achète le procédé N. et tente de réaliser les expériences promises. Elles sont faites en septembre 1922 et démontrent que les procédés N. sont absolument inopérants. Ainsi N. dans toute cette affaire des papiers s'est montré un escroc plus ou moins adroit. Mais immédiatement, on retrouve sa manière habituelle : il dépose à Bordeaux une plainte contre un notaire à raison d'un acte de vente qu'il argue de faux, et contre M. P. pour complicité. Après

divers incidents, une ordonnance de non-lieu est intervenue le 27 juillet 1923.

Attaqué au criminel, M. P. dépose une plainte en escroquerie contre N. le 23 juillet 1923. Cette instance s'est terminée encore par une ordonnance de non-lieu. N. qui se voit de plus en plus démasqué, et qui perd tous ses procès au Commerce et au Civil; mène une action telle qu'elle est « presque sans exemple dans les annales judiciaires ». Il menace de mort et par écrit tous les experts. Les différents juges d'instruction qui se sont occupé de son affaire font l'objet de la part de N. de plaintes diverses à la Chancellerie. Le Procureur de la République de Bordeaux est accusé de crime de forfaiture. Les défenseurs de son adversaire font également l'objet de plaintes. Des affiches sont apposées par les soins de N. aux abords du Palais de Justice de Bordeaux, dénonçant l'indignité de la magistrature bordelaise. Cette agitation, menée par N., est telle que le Parquet de Bordeaux, pour en finir, renvoie purement et simplement dos à dos les parties, c'est-à-dire qu'il rend des ordonnances de non-lieu, aussi bien en faveur de M. P. qu'en faveur de N. Enfin, par jugement du 7 novembre 1925, le Tribunal de commerce de la Seine prononce la résiliation de l'acte de vente du fonds de commerce aux torts de N. Il prononce également la résiliation des autres actes de cession de licence, et N. est condamné au remboursement des sommes reçues de M. P.

L'activité processive de N. à Bordeaux est telle que, du 6 novembre 22 ou 21 octobre 24, nous ne trouvons pas moins de 15 *jugements, ordonnances, plaintes, prises à partie, arrêts, etc...*, concernant l'affaire des papiers N. Enfin le 13 mars 1924, dans une lettre au garde des sceaux, il proteste contre la décision du Procureur général de Bordeaux et il menace de « *tirer des coups de revolver à blanc lors d'une séance de la Chambre* ».

Nous n'insistons pas sur une autre partie, curieuse, de la vie de N. qui est celle d'un joueur invétéré. Signalons seulement qu'en juillet 22, N. se fait avancer à la caisse d'un cercle de la rue de la Chaussée-d'Antin, une somme de 2.000 francs contre un chèque qui se révèle sans provision. Aux lettres de réclamation, il répond par des lettres de menaces déclarant que, si l'on n'arrête pas toute procédure contre lui, il se propose de venir au cercle et d'y « causer un scandale sans précédent ». La direction du cercle cède à ces menaces sous condition.

Brûlé complètement à Bordeaux, il vient se fixer à Paris au début de l'année 1926.

Au début de son séjour à Paris, il commence par essayer de faire chanter M. P., industriel, et il assigne directement en police correctionnelle tout le conseil d'administration de la Société dirigée par M. P. Cette assignation, que nous ne pouvons citer, constitue un modèle du genre. Le 18 mai, il se désiste, mais le 20 août, il reprend l'assignation.

Il relance en même temps à Paris l'affaire des papiers N. Le premier capitaliste qui lui tombe sous la main est une demoiselle B., âgée de 45 ans, desservie par un physique peu agréable, mais qui, nantie d'une petite fortune, représente pour N. une proie facile. C'est par la sœur même de N. que Mlle B. entre en rapport avec celui-ci. N. ne perd pas son temps à démontrer à Mlle B. l'efficacité de ses procédés. Il la demande simplement en mariage. Mlle B. remet, en plusieurs fois, à N. des sommes importantes. Il finit par obtenir d'autres capitaux et par créer une nouvelle société de papeterie N. Mais, après lui avoir donné trois mois de traitement, l'administration de la Société lui coupe les vivres, parce qu'il n'a pas encore commencé ses recherches !

Entre temps, N. s'occupe de la vente de terrains. Il a, avec M. H., maire d'une ville de la banlieue parisienne, des démêlés en justice. Il assigne directement en correctionnelle M. H. qu'il accuse de l'avoir escroqué. L'affaire vient au tribunal correctionnel de Versailles, qui déclare la demande de N. non recevable. Le 27 mai 1927, il est condamné dans cette affaire à 8 jours d'emprisonnement et 100 francs d'amende pour dénonciation calomnieuse, et à 8 jours de prison et 100 francs d'amende pour diffamation, soit ensemble 16 jours de prison sans sursis, et 200 francs d'amende.

Alors, commence une nouvelle phase de l'activité de N.

En 1931, il envoie au Sous-Secrétariat d'Etat de l'Aviation les plans d'un cerf-volant mitrailleur. Grâce à la recommandation d'un parlementaire, il peut pénétrer auprès du Directeur technique.

Une lettre du Général P., au Préfet de Police, déclare qu'on s'est rapidement rendu compte que N. est un déséquilibré et ses plans lui sont renvoyés.

La Préfecture de Police est avisée que N. envoie au Sous-Secrétaire d'Etat de l'Aviation des lettres menaçantes. Ces lettres sont transmises à la Préfecture de Police.

Le 8 juillet 1931, N. signale que « nous pourrions être livrés aux Allemands et aux Anglais sur nos moyens de défense aérienne » (*sic*). Il demande de faire arrêter les Chefs du Service d'espionnage et de faire perquisitionner chez MM. C., A. et S., Chefs de Service à Issy. Une lettre du 31 juillet au Général P., « demande de me faire connaître aujourd'hui même si oui ou non le Ministre veut faire son devoir ». Une autre lettre au Général P. : « Je proteste de la présence (*sic*) de M. D., Ministre de l'Air, dans les secrets de la défense nationale. M. D. a détourné au profit de l'étranger les plans de deux nouveaux engins absolument nécessaires à la défense aérienne. J'estime qu'il est de mon droit de protester que M. D. soit mis au courant de notre défense militaire et de nos secrets de mobilisation... La patrie est aussi en danger aujourd'hui. »

Une lettre au Président de la Chambre demande la levée de l'immunité parlementaire « contre M. D., Ministre de l'Air et M. R., Sous-Secrétaire d'Etat de l'Aviation, pour vol et recel de plans et

documents intéressant la défense nationale, espionnage pour le compte de deux nations étrangères, crime de haute trahison, pour avoir empêché la mise en service de deux engins nouveaux reconnus utiles et efficaces contre une invasion aérienne ».

Nous présentons à la Société le calque du plan du cerf-volant mitrailleur. Il ne semble pas qu'il soit difficile d'en juger la puérilité.

Le 27-5-31, le Général P. signale N. comme pouvant être dangereux. Une enquête très soigneuse est faite sur les agissements de N. Les dépositions de M. G.-M., Sénateur, P., Chef de Cabinet, R., Ingénieur, A., Ingénieur principal au Service des Recherches, sont concordantes. N. a envoyé les plans du cerf-volant mitrailleur avec tourelle blindée et d'un obus permettant l'envoi de fils barbelés sur les avions. Ces documents lui ont été renvoyés par M. G.-M. Celui-ci est depuis lors harcelé de lettres incohérentes, l'accusant d'avoir gardé les documents et le menaçant de le traduire devant le Tribunal correctionnel.

N. accuse M. D., le Ministre, d'avoir livré à deux puissances étrangères les plans et documents concernant ses deux inventions. Il ne veut plus que M. D. soit Ministre et veut faire du scandale.

Au Ministère de l'Air, il est avéré que les plans de N. sont irréalisables.

N. convoqué au Commissariat de Police et interrogé, se montre violent : « Je vous préviens, dit-il, que je ne veux pas laisser mon affaire étouffer. J'ai rendu le Ministre de l'Air, responsable, car il est mandaté par la Nation. Je l'ai prévenu qu'il y avait des espions dans son Ministère, qu'il fasse surveiller ses services techniques A.G.S. Il ne fait rien. Je veux soulever un scandale public. » Il insiste pour que l'on signale M. D. comme ayant livré ses engins à l'Allemagne et à la Russie avec la complicité de C., A. et S., Chefs de Service au Ministère.

Le Commissaire de Police alerté envoie N. à l'Infirmerie spéciale le 23 octobre. N. est longuement examiné par nous. Son dossier est étudié. N. se montre alors très excité. Il expose toutes ses inventions, ses démêlés avec le Ministère de l'Air et se montre menaçant à l'égard de M. D. D'un ton hautain, il nous menace de ses représailles s'il n'est pas mis immédiatement en liberté. Il est gardé en observation pendant trois jours. Nous demandons à notre collègue, le D^r L., de l'examiner. L'avis du D^r L. est identique au nôtre.

N. n'avait pas voulu d'abord nous donner l'adresse de sa famille. Quand il s'y est décidé, nous avons convoqué sa nièce en même temps que ses avocats. Ceux-ci ne se sont pas présentés à notre visite, mais ont vu un de nos collègues. Dès le lendemain de son arrivée, N. devient plus réticent en même temps que plus âpre et plus menaçant dans ses revendications. Il avoue pourtant qu'il ne possède aucun diplôme d'ingénieur, qu'il n'a même aucun diplôme scolaire. Il se pare du titre d'aide-ingénieur. Il se montre, dans l'exposé de ses inventions, puéril et naïf et, on se demande, à l'écouter, com-

ment il a pu inspirer confiance à des capitalistes en mal de placements ou à des parlementaires à la recommandation facile.

Sa nièce se montre aussi revendicatrice que lui-même. C'est en toute connaissance de cause et après avoir prévu très exactement les conséquences de notre décision que nous avons rédigé le certificat suivant :

« Débilité mentale ; inventeur ; puérilité des explications ; pauvreté des conceptions ; thème d'inventions patriotiques : cerf-volant mitrailleur ; imagination et vanité ; exploitation de brevets... et de commanditaires. Misère. Quérulence. Revendications au Ministère de l'Air. Accusations contre le Ministre d'avoir vendu ses inventions à des puissances étrangères. Lettres agressives à de multiples personnages. Menaces d'interpellations à la Chambre. Vie de déséquilibré inventeur. Plusieurs condamnations pour escroqueries. Persécuteur de M. D. de la M. pendant plusieurs mois. Internement de 1912 à 1913. Avatars multiples ; réactions toujours identiques. Capable de violence. Inapte à la vie en liberté sans surveillance. Suppression définitive du permis de conduire.

« D^r H. »

Certificat de l'admission, le 27-10-31. — N. présente un léger état d'excitation intellectuelle. Lettres à la Chambre des Députés pour demander la levée de l'immunité parlementaire contre le Ministre de l'Air, désirant ainsi attirer l'attention sur une invention présentée par lui et obtenir un débat public. Actuellement en procès depuis deux ans pour une autre affaire. A maintenir en observation. Déjà traité en 1912.

D^r S.

Certificat de quinzaine, le 7-11-31. — N'a pas présenté ici de délire ni de réactions anormales. Sa place n'est pas, à mon avis, dans un asile d'aliénés. Il doit être mis en liberté.

D^r T.

Trois médecins-inspecteurs sont commis pour contre-examen. Le 17-11-31 est déposé le rapport médical des docteurs D. C. et F., dont voici les conclusions :

« N. est un déséquilibré constitutionnel à tendances perverses, doublé d'un paranoïaque orgueilleux, interprétant, asocial, inventeur s'estimant méconnu, persécuté-persécuteur politique, diffamateur et revendicateur délirant. Il s'est livré à des réactions processives. Il recherche évidemment le scandale. Econduit, débouté, il est capable de frapper pour attirer davantage l'attention publique sur sa personne et ses inventions. Il doit, en conséquence, être tenu actuellement pour un aliéné à réactions anti-sociales et demeurer encore en traitement à l'asile. »

« D., C., F. »

Entre temps, N. écrit des lettres au Préfet de Police, proteste contre son arrestation, contre son passage à l'Infirmerie dont il fait une narration qui va se stéréotyper et qui sera rapportée par lui et ses tenants indéfiniment.

Le 29-11-31, N. est transféré de l'Asile Clinique à Villejuif. C'est l'origine d'une nouvelle série de lettres de N. Le 1^{er}-12-31, il avise M. V., Directeur du Service des Aliénés, que « sa famille et autres parties civiles ont chargé ses avocats d'une citation directe en police correctionnelle contre les responsables ».

Le 10-12-31, une lettre à M. C., médecin inspecteur, proteste contre l'interrogatoire sur sa vie privée et les affaires industrielles, « sous réserve de droits de poursuites judiciaires par ma famille ».

Certificat de situation, Sainte-Anne, 10-12-31. — Une demande de mise en liberté a été faite par le docteur T., le 7-11-31. Celle-ci a été refusée par le Préfet de Police. Une requête afin de mise en liberté a été présentée au Tribunal Civil de la Seine. Il est impossible de prévoir la suite donnée à cette requête.

D^r M.

Certificat de transfert, le 11-12-31. — N'a pas présenté ici de délire. A fait, à la date du 7 novembre, l'objet d'un certificat en vue de la sortie. Sortie refusée par la Préfecture de Police. A transférer à l'asile de Villejuif par ordre de la Préfecture de Police.

D^r T.

Certificat immédiat de Villejuif, 13-12-31. — A fait l'objet de certificats contradictoires des docteurs qui l'ont examiné avant l'entrée dans mon service. Internement de juillet 1912 à mars 1913. Donne sur sa conduite au dehors et sur les faits qui ont occasionné son nouvel internement des explications qui doivent être contrôlées par l'examen du dossier.

A observer.

D^r D.

Certificat de quinzaine, Villejuif, 26-12-31. — Atteint de déséquilibre mental ; légère excitation intellectuelle permanente ; activité imaginative : nombreuses inventions, dont quelques-unes semblent pratiques ; d'autres sans grand intérêt. Quelques-unes chimériques (île sur l'Atlantique par congélation d'eau des mers ; congélation du Détroit de Gibraltar en temps de guerre). Aucune ne paraît essentiellement absurde ou délirante : tendances revendicatrices déclenchées par les difficultés pour réaliser ses inventions, spécialement celles du domaine de la défense nationale ; hypothèses déraisonnables sur la malveillance des gens avec lesquels il est en relations ; réclamations multiples ; lettres véhémentes ; accusations absurdes ; lettres au Président de la Chambre demandant la levée de l'immunité parlementaire contre le Ministre de l'Air. Internement

en 1912 pour des motifs analogues. Troubles mentaux semblant plus accusés à cette époque. Insincérité actuelle sur ce sujet. Prétend qu'il a exagéré volontairement pour éviter une condamnation. A demandé sa mise en liberté au Tribunal Civil.

A maintenir en attendant la décision du Tribunal.

D^r G.

La Chambre du Conseil est saisie par les avocats et la famille, conformément aux dispositions de l'article 29 de la loi du 30 juin 1838.

En même temps, des amis de N. commencent, à l'extérieur, une campagne pour obtenir sa libération. L'un d'entre eux, L., est l'instigateur de l'envoi de plusieurs lettres au Parquet, dans lesquelles est réclamée la sortie « d'un homme dont la science et la probité sont l'honneur de notre belle France ». L'une de ces lettres porte dix signatures.

Le 1-1-32, le médecin-inspecteur F. note que « N. est un déséquilibré, pervers, paranoïaque, persécuté-persécuteur à réactions processives ».

Le 13-1-32, N. a écrit au Procureur de la République pour protester contre M. J., Substitut, « qui n'a rien fait pour rechercher les responsables de la séquestration arbitraire ». Il déclare que « le prétexte des experts est fort inutile », attendu les certificats du Docteur T., du 7-11-31 et du 3-12-31. La loi dit que le Tribunal « doit statuer sans délai et sans experts ».

Le 22 février, une lettre de N. au Préfet de Police accuse d'un trafic d'influence M. V., « ce dernier ayant avoué devant deux témoins, dont un député ».

Le 4-4-32, les médecins experts C., F.-B. et G.-P., déposent leur rapport dont voici les conclusions :

1° N. présente des réactions paranoïaques et revendicatrices qui ne réalisent pas actuellement un état délirant confirmé et ne justifient pas le maintien de son internement dans un asile d'aliénés.

2° N. peut, en conséquence, être mis en liberté.

3° Il serait souhaitable que l'on pût lui imposer des conditions de résidence susceptibles d'éviter le retour de ses tendances revendicatrices.

4° D'une façon générale, la répression pénale semble être le meilleur frein à opposer à l'activité de N., quand celui-ci enfreint les dispositions légales.

D^{rs} C., F.-B., G.-P.

Certificat de sortie du 2-5-32. — Déséquilibre mental avec constitution revendicatrice. Idées chimériques d'invention. Réactions disproportionnées avec les obstacles rencontrés pour la réalisation de ses inventions. Hypothèses déraisonnables sur la malveillance des gens avec lesquels il est en relations. Phases d'excitation avec véhémence.

mence surtout graphique. Déjà interné en 1912. Actuellement calme. Peut sortir; mais il serait bon qu'un parent ou un ami s'occupe de lui pour le modérer au cours de ses périodes d'excitation, qui peuvent se renouveler. A été examiné par les médecins-experts.

D^r G.

Le 7-5-32, N. quitte l'asile pour se rendre à Amiens, à la maison de repos du Docteur M. Il prend le train sous la surveillance d'un de ses amis.

Depuis le 7-5-32, date de sa sortie, l'activité processive et revendicatrice de N. ne s'est, évidemment, pas ralentie. Dès le 16 juin 1932, un de ses avocats s'adresse à deux journaux pour commencer une campagne de presse. Celle-ci commence le 25 juin 1932 dans plusieurs journaux. L'un d'eux dit que N. assigne le Préfet de Police pour séquestration arbitraire en un million de dommages-intérêts. Une campagne très violente est engagée par un journal politique contre « l'internement arbitraire » dont N. a été victime.

Le 25-11-32, une assignation est lancée contre le Docteur H., M. B., Directeur de l'Asile de Villejuif, M. H., Directeur de l'Asile Ste-Anne, M. V., fonctionnaire administratif de la Préfecture de Police.

Les susdits sont cités directement en Police Correctionnelle, pour « s'entendre condamner conjointement et solidairement, et même par corps, à payer au requérant les dommages-intérêts dont le chiffre sera fixé à l'audience ». Parmi les attendus figurent les certificats du 7-11-31 et du 3-12-31, établis par le Docteur T. et les conclusions des experts du Parquet, « déclarant que le requérant est responsable de ses actes ».

Les assignés ont dû se pourvoir d'un avocat et, à deux reprises, se présenter eux-mêmes à la Police Correctionnelle. L'affaire a subi déjà deux remises.

Entre temps, N. porte plainte au Procureur de la République contre le Préfet de Police et un Commissaire de Police. Cette plainte est encore fondée sur le certificat rédigé par le Docteur T., à la date du 7 novembre 1931.

La dernière manifestation de l'activité processive de N. date du 8 août 1933; elle est marquée par une lettre au Préfet de Police, dans laquelle N. réclame son permis de conduire, « sous toute réserve de recours au Conseil d'Etat pour préjudice causé ».

Commentaires

L'observation que nous rapportons présente, en elle-même, un intérêt, puisqu'elle est l'histoire de la vie d'un grand processif revendicateur.

Depuis plus de 20 ans, N... a épuisé toutes les juridictions civiles pour toutes les sortes d'affaires qu'on puisse imaginer.

Son observation présente un autre intérêt sur lequel nous n'insisterons pas ; elle met en évidence le mécanisme des campagnes de presse contre les « arrestations illégales et séquestrations arbitraires ».

Nous avons naguère insisté (1) sur les différents éléments de ces campagnes de presse. Presque toujours, le malade est utilisé par sa famille, par des amis, paranoïaques comme lui : la revendication, la malignité, la sottise, la suggestibilité s'unissent pour l'organisation d'une campagne qui, à travers le médecin, a toujours un but politique ou social ; les avocats et les journalistes ne manquent pas de soutenir l'action des revendicateurs processifs.

Au dernier Congrès de médecine légale, M. le Pr Claude a admis, pour les aliénés dangereux, la nécessité de l'examen psychiatrique par voie d'autorité et l'intervention de l'autorité administrative, c'est-à-dire, pratiquement, de la police. Il regretterait que, souvent, les autorités policières, notamment les commissaires de police, intervinssent trop tardivement, malgré l'existence d'un certificat médical.

Les commissaires de police craignent d'engager leur responsabilité : ce sont des fonctionnaires qui redoutent les campagnes de presse.

Les campagnes de presse contre les séquestrations arbitraires sont, en partie, responsables du maintien en liberté d'aliénés dangereux.

Or, dans l'affaire N., l'administration de la police et le commissaire de police ont fait entièrement leur devoir. Le malade, qui avait déjà été interné, était signalé de nouveau à l'autorité administrative pour des accusations absurdes et des menaces à l'égard d'un ministre et des chefs de service d'un ministère. C'est logiquement qu'il fut envoyé à l'Infirmierie spéciale.

Mais, dans cette affaire, comme d'ailleurs dans la plupart des affaires qui ont permis la libération trop rapide d'aliénés dangereux internés d'office, l'examen du dossier montre que la campagne a été encouragée par l'avis même de médecins. On peut dire que, par manque d'entente, par carence d'une doctrine médicale, les médecins fournissent des armes aux journalistes avides d'une copie et aux malades qui recherchent l'occasion d'une protestation ou d'un procès. En la circonstance, il

(1) « Utilisation d'un paranoïaque par un autre paranoïaque. » Réactions interpsychologiques. G. HEUYER et SANTENOISE, *Société de Psychiatrie*, 5-12-1921.

n'est pas douteux que l'avis du médecin traitant, puis la conclusion de l'expertise, ont permis au malade de se retourner contre l'administration qui l'avait arrêté et le médecin qui l'avait interné, pour engager contre eux une procédure.

Le fait, en lui-même, n'aurait aucune importance et ne mériterait pas une discussion, s'il ne s'agissait que d'engager une polémique. Mais il nous paraît que la question est plus générale. Dans la teneur des certificats, autant que dans les termes de la rédaction du rapport, il y a des conceptions d'ordre psychiatrique et médico-légal, que nous croyons devoir discuter.

Chez N., le diagnostic psychiatrique nous a paru précis, en même temps que complexe. Le malade N. est d'abord un débile. Ses conceptions sont, dans l'ensemble, puériles et niaises. La plupart des inventions qu'il a envoyées à des services compétents n'ont pas supporté l'examen. Beaucoup de personnes, qui n'étaient pas des spécialistes, ni des techniciens, et auxquelles il a parlé de ses inventions, l'ont jugé exactement. L'une d'elles, No..., qui avait connu N... dans un cercle, déclare, au cours de l'enquête : « Il m'a entretenu d'inventions merveilleuses, d'après lui, mais apparemment enfantines. » V... dépose : « Dans les premiers temps, il se donnait comme inventeur, on pouvait, au premier abord, accorder quelque crédit à ses explications, mais on s'apercevait rapidement qu'il s'agissait d'inventions plus ou moins fantaisistes. »

Cet élément de débilité ne domine pas le tableau clinique. N. est un inventeur. C'est un imaginaire, mythomane. Ses inventions multiples ne lui appartiennent pas toujours. Il est possible, pour quelques-unes, de saisir sur le vif le mécanisme de leur création. N... lit un jour dans un journal italien qu'on pouvait construire une île flottante au milieu de l'Atlantique, selon un système réalisé par la congélation de l'eau par des courants d'ammoniaque. Immédiatement, N... se dit l'auteur de cette invention. Puis, à propos de cette lecture, il développe la portée de l'invention et il propose de supprimer toutes possibilités de guerre sous-marine par la congélation du détroit de Gibraltar. C'est le type même des inventions de N...

Pendant la guerre, on a parlé réellement de la possibilité de suspension de fils barbelés dans les airs à l'aide de ballonnets pour empêcher le passage d'avions ennemis. Il semble qu'on ait abandonné ce projet qui était aussi dangereux pour les avions amis que pour les adversaires. Cette invention, N... s'en empare et il propose l'envoi de torpilles avec fils barbelés pouvant s'acrocher aux avions ennemis.

Sa mythomanie se manifeste d'ailleurs autrement que par des inventions. Un jour, il affirme à un ami, No..., que, 3 fois par semaine, il a des réunions avec le général F... au Ministère de la guerre. Il déclare qu'il revient de cette réunion et il annonce que désormais chaque immeuble sera pourvu d'une cheminée d'aération communiquant avec la cave en prévision d'attaques aériennes.

Un troisième élément de l'état pathologique de N. est sa revendication permanente qui se traduit par une active processivité. C'est le type du délire passionnel de revendication sur lequel nous reviendrons.

Un des arguments employés par les médecins qui ont proposé la mise en liberté de N. est l'absence de délire. La question est importante car elle engage toute la conception psychiatrique du délire.

Nous ne reprendrons pas ici les définitions du délire qui ont été données dans les traités de psychiatrie.

Toutefois si, dans certains cas, il est classique d'appeler délire une idée absurde et impossible à réaliser, dans d'autres cas nombreux, l'idée délirante n'a en elle-même rien d'absurde ni d'incompatible avec l'ordre naturel des choses. Elle est « seulement contraire à l'évidence des faits réels et sans raison d'être dans la bouche de celui qui parle » (Régis). Nous rappellerons que Leuret disait avec raison : « J'ai cherché, soit à Charenton, soit à Bicêtre, soit à la Salpêtrière, l'idée que me paraîtrait la plus folle, puis, quand je la comparais à bon nombre de celles qui ont cours dans le monde, j'étais tout surpris et presque honteux de n'y pas voir de différence. »

« Ce qui caractérise l'idée délirante, ce sont ses causes et ses conséquences ; elles lui donnent un caractère pathologique que n'a jamais la simple erreur » (Régis).

Dans le cas de N., le médecin traitant qui, le premier, a déclaré dans son certificat que la place de N. n'était pas dans un asile d'aliénés, a motivé son avis parce que, dans son service, N. n'avait pas présenté de délire. De même, les experts qui ont proposé sa mise en liberté ont déclaré que, « d'une façon générale, les certificats d'asiles n'affirment pas l'existence d'un délire ». Ce n'est pas tout à fait exact, car les médecins inspecteurs qui ont examiné N. mentionnent, dans leur certificat, « qu'il est un revendicateur délirant ». Dans notre certificat d'internement, nous n'avions pas parlé de délire. Pourtant, dans les propos de N., il y avait des idées manifestement délirantes, telle l'accusation contre le Ministre de l'Air

et contre les principaux chefs de service d'un ministère, d'avoir vendu à l'Allemagne et à la Russie les plans de 2 engins nécessaires à la défense nationale. C'est une idée absurde et soutenue avec une conviction qui démontrait la nature délirante du propos.

D'ailleurs, c'est beaucoup moins dans ses propos que dans ses écrits, ainsi que l'a noté le certificat du Dr G..., qu'il faut saisir la pensée et l'activité de N... Les malades de ce genre, dès qu'ils sont internés, ont une lucidité suffisante pour ne plus énoncer les idées qui ont été la cause de leur internement. C'est moins sur leurs propos que sur l'ensemble de leur vie, sur leurs actes en dehors de l'asile qu'il est nécessaire de juger ce malade. Aucune décision ne peut être prise à leur sujet avant une étude très approfondie de leur dossier.

La question même de savoir si N... a eu un délire verbal nous paraît accessoire. Il existe, chez ces malades, un *délire des actes* qui est classique en psychiatrie depuis Esquirol : la répétition incessante des mêmes actes et des mêmes tentatives, malgré la certitude préalable de leur échec, indique un état pathologique plus certain que beaucoup d'interprétations fausses. C'est dans ce sens que Logre a parlé d'un *délire d'action* dont la constatation entraîne l'évidence de la maladie mentale.

En outre, si l'on peut soutenir que certaines conceptions de N... ne sont pas entièrement absurdes, il est pourtant un fait qui indique leur nature délirante : c'est la disproportion qui existe entre la nature des inventions qu'il propose et les moyens intellectuels et techniques dont il dispose pour les réaliser. N... n'a aucune instruction, il n'a même pas le certificat d'études ; pourtant, il s'intitule d'abord aide-ingénieur, puis ingénieur, enfin ingénieur-conseil. Or, il est incapable de faire lui-même le moindre plan, la moindre épure.

Nous avons été surpris de trouver, dans le rapport des experts, la phrase suivante : « Nous n'avons pas qualité pour juger de la valeur des inventions de N... mais il paraît bien nettement qu'il ne s'agit pas de ces inventeurs de fantaisie dont les élucubrations débiles ne résistent pas au premier examen. Le dossier consulté par nous, les pièces produites par N..., la correspondance qu'il nous a montrée, prouvent qu'ils était pris au sérieux. Il semble simplement que ses inventions aient été de valeur inégale. »

Or, il n'en est pas ainsi dans la réalité. Sans doute, N... a obtenu assez facilement des recommandations de la part de parlementaires, mais, dès qu'il a été mis en présence de techniciens, tout s'est effondré. Il a pu donner confiance à quelques

capitalistes en mal de placement, mais, sur les dizaines d'inventions qu'il a proposées, il n'a jamais été capable d'en réaliser une seule, même quand il a eu les moyens financiers à sa disposition.

Aussi, ce n'est pas l'absence d'un délire verbal qui peut permettre de considérer N... comme non aliéné ; il y a dans ses actes, dans leur genèse et dans leurs conséquences, des éléments suffisants pour les considérer comme pathologiques.

Il y a d'ailleurs, dans les rapports des experts, des erreurs que nous sommes obligés de noter, en passant, avant d'entamer la discussion des conséquences médico-légales de leurs conclusions.

Au sujet du type psychologique de N., les experts déclarent : « On trouve chez lui tous les signes de la constitution mentale paranoïaque, caractérisée par un complexe d'orgueil, de méfiance, de fausseté du jugement, le tout pouvant parfaitement coexister avec une intelligence très vive et une compétence technique très étendue. » Or, nous avons déjà insisté sur l'intelligence médiocre de N... et sur l'absence totale de sa compétence technique, qui n'a jamais pu faire illusion qu'à un premier abord, superficiel.

Au sujet de l'affaire D., les experts déclarent que « les personnalités qui redoutaient sa trop grande proximité... et qui semblent avoir financé son embarquement, s'occupent de le faire partir pour l'Argentine. N. consent à s'y rendre ». Or, ce n'est pas M. D., qui a voulu le faire partir pour l'Argentine, mais c'est bien N. qui, dans plus de quinze lettres, en mars et avril 1914, réclamait de l'argent pour partir en Amérique ; c'est alors seulement que M. D. a accepté de lui fournir le prix du passage.

En ce qui concerne le second internement, les experts assurent que N. « a revendiqué, en termes dépourvus de mesure, contre des fonctionnaires du Ministère de l'Air et contre le Ministre de l'Air lui-même, M. D., mais sans s'écarter des formes légales et sans se livrer à des menaces légitimant une inculpation. Ces revendications ne présentaient pas, par elle-mêmes, foncièrement, un caractère délirant ». Or, la conviction avec laquelle N. a signalé plusieurs fois, dans ses lettres et dans une déposition au Commissaire de Police, M. D. comme ayant livré des engins à l'Allemagne et à la Russie en complicité avec ses Chefs de service, MM. C..., G..., A..., S..., légitimait une inculpation ou avait un caractère délirant ; la menace ou le délire, ou la menace délirante, dans ce cas, ne paraissent guère faire de doute.

Au sujet du passage à l'Infirmerie, les experts, après avoir déclaré que le certificat d'internement est « inattaquable dans la forme et dans le fond », ajoutent : « A l'Infirmerie spéciale, on est obligé de se contenter d'une observation sommaire et l'on doit agir rapidement pour parer, d'une façon immédiate, au danger possible. » Cette façon d'apprécier l'observation faite à l'Infirmerie est inexacte. Aucune décision d'internement n'est prise à l'Infirmerie sans un examen très complet de la situation. En la circonstance, l'observation de N. n'a pas été sommaire : il est resté quatre jours à l'Infirmerie ; il a été soumis à l'examen de deux des Médecins. Ses avocats et une personne de sa famille ont été convoqués. Son dossier a été complètement étudié. Il serait désirable que tous les examens de malades et beaucoup d'expertises ne fussent pas plus sommaires.

Ailleurs, les experts assurent que l'éloignement de N... réussit en 1913. C'est encore une erreur. D'abord, le malade n'a jamais accepté d'aller en Algérie comme il l'avait promis. Il n'est pas allé plus loin que Marseille. De plus, l'éloignement a si peu réussi, que, quatre jours exactement après sa sortie de l'asile, N. recommençait à assaillir M. D... de lettres de revendications et de menaces.

Plus loin, les experts recommandent « la règle de conduite générale suivante : toujours suivre la même règle de conduite vis-à-vis d'un sujet déterminé. Appliquer, pourrait-on dire, l'adage : « una via electa » ; quand on a commencé par l'asile, il faut continuer par l'asile, et quand on a commencé à condamner, il faut continuer à condamner, à moins que le travers de l'esprit n'ait évolué vers la psychose confirmée. Or, cette dernière éventualité ne s'est pas réalisée ici... On a réagi vis-à-vis de N... tantôt par la condamnation, tantôt par l'internement, ce qui fait que nous ne pouvons plus trouver, dans la règle précédente, une raison de nous déterminer. »

Il y a là une erreur manifeste d'appréciation des faits. Les principales condamnations de N... ont eu lieu en 1907. Mais, dès qu'il a été mis en présence des médecins aliénistes, il a été reconnu irresponsable et interné. En 1911, il a été l'objet d'un rapport du Docteur V..., qui a conclu à l'irresponsabilité. En 1912, dans l'affaire D., le rapport médico-légal de MM. L..., V... et de C... l'a reconnu irresponsable et, dans les deux cas, un non-lieu a sanctionné la conclusion des experts. Sans doute, en 1931, N. a été condamné à 15 jours de prison pour dénonciation calomnieuse ; il s'est agi d'une affaire tout à fait incidente au cours de laquelle, certainement, les juges du tribunal correc-

tionnel ont ignoré les expertises antérieures. On peut dire qu'en la circonstance, étant donné l'identité absolue des deux affaires de 1912 et de 1931, il eût été logique de continuer dans la même voie, puisqu'en 1912, l'autorité judiciaire avait choisi l'irresponsabilité et l'internement.

Surtout, ce qui nous paraît important, dans la conclusion des experts, c'est cette affirmation : « N... est un paranoïaque, mais non un paranoïaque délirant. A certains moments, il a pu, il pourra présenter quelque danger pour l'ordre public, — les inculpations dont il a fait l'objet et dont il fait encore l'objet en font foi, — mais nous n'hésiterions pas, devant la juridiction criminelle à le déclarer entièrement responsable de ses agissements... Nous optons donc pour la liberté immédiate, étant bien entendu que si N... a commis des infractions pénales, il ne pourra exciper de son internement pour se présenter comme irresponsable ou comme incomplètement responsable, et nous signalons par avance ce passage de notre rapport à tout expert qui serait, par la suite, appelé à l'examiner pour le compte de la justice criminelle. »

C'est cette partie du rapport des experts qui nous paraît la plus discutable au point de vue médico-légal. D'abord, nous estimons qu'ils n'ont pas le droit de lier ainsi d'avance l'opinion d'un confrère qui pourrait avoir à donner un avis, pas plus qu'eux-mêmes ne se sont estimés liés par l'opinion des confrères qui les ont précédés.

De plus, il est facile de dire que N... est un paranoïaque. Avant tout, c'est un malade. Les experts l'ont tellement compris que, tout en optant pour sa liberté immédiate, ils demandent une « garantie » aux amis et aux collaborateurs de N..., en imposant à celui-ci des « conditions de résidence susceptibles d'éviter le retour de ses tendances revendicatrices ». N... est, en effet, un paranoïaque, et un paranoïaque délirant. Il présente, d'une façon complète, tous les éléments du délire passionnel de revendication : état passionnel avec hypersthénie allant jusqu'à l'hypomanie, ainsi que plusieurs médecins l'ont noté dans leurs certificats. Cette excitation permanente a toujours été circonscrite au domaine de ses inventions, orientée vers le même but, exaspérée par les obstacles qui l'en séparent ; la conviction passionnée, associée au sentiment théorique de la justice, aboutit à cette processivité tenace et inutile dont la nature pathologique est évidente. Si N..., inventeur, mythomane, revendicateur passionné, persécuté-persécuteur, n'est pas un malade, il faut alors supprimer, des traités de psychiatrie, tous les chapi-

tres qui concernent la mythomanie, les délires d'invention et les délires passionnels de revendication.

A la dernière séance, notre société, à la quasi-unanimité, a rejeté, de l'article 64 du Code Pénal, le terme de démence pour le remplacer par celui d' « état mental pathologique qui rend incapable au moment de l'acte d'en apercevoir le caractère immoral ou injuste ou de se déterminer en conséquence ».

Est-ce que des experts pourront admettre que N... présente un état mental qui lui permette de déterminer sa conduite autrement que celle qui fut la sienne pendant toute sa vie ; comment peut-il alors être déclaré responsable ?

La théorie de quelques psychiatres et médecins experts, est de considérer ces paranoïaques comme intimidables et capables de rendre compte de leurs actes devant la justice. Cette conception ne nous paraît ni psychiatrique, ni médicale.

L'expérience montre qu'aucune sanction pénale ne parvient à réformer le caractère du paranoïaque ; elle ne fait qu'aggraver ses réactions et développer son esprit de révolte, de revendication, de processivité.

Il en est, du paranoïaque, comme d'un bon nombre de délinquants : les obsédés, les passionnels, les pervers ; aucune sanction pénale ne les améliore et ne les empêche de recommencer, et la peine n'est un exemple efficace pour aucun d'eux. C'est pour eux surtout que s'applique la grande *loi psychiatrique de la récidive*.

J'apporterai un jour la démonstration que c'est un vain espoir de compter sur la punition pour améliorer tout un groupe de délinquants : obsédés, pervers et paranoïaques, et les empêcher de récidiver.

En tout cas, pour les paranoïaques processifs et revendicateurs dont l'état mental pathologique est reconnu dans tous les traités de psychiatrie, il nous paraît peu médical de les considérer comme responsables ; ce sont des malades et des malades inintimidables.

A cela, magistrats et certains médecins experts diront que, reconnaître irresponsables ces délinquants paranoïaques, c'est énerver la répression. Cet argument n'a point grande valeur. Si la répression est inutile, il ne sert à rien de l'employer. Il faut choisir un autre procédé pour empêcher ces individus de récidiver.

Il est bien évident que le régime pénitentiaire actuel ne comporte pas les institutions que rendent nécessaires les progrès de

la criminologie : une peine de prison est inutile pour les malades inintimidables ; l'internement leur convient plutôt qu'une condamnation. Mais il est logique aussi de ne pas interner ces délinquants dans les mêmes conditions que les autres malades. Pour eux comme pour les pervers, il faut réclamer les annexes psychiatriques des prisons et les asiles de sûreté où peut s'exercer une surveillance médico-judiciaire, c'est-à-dire les institutions déjà réclamées par M. Ceillier, M. Claude et nous-même.

A la dernière séance, dans une communication d'un excellent esprit médical, MM. X. et P. Abély ont montré que l'arriération morale des pervers constitutionnels relève de la médecine mentale. Ils ont réclamé pour les pervers l'asile de sûreté.

Les paranoïaques, revendicateurs et processifs, sont aussi du domaine de la psychiatrie. Ils nécessitent des soins et une surveillance médicale et non une répression pénitentiaire. Les annexes psychiatriques de prisons, ou mieux, les sections spéciales des asiles d'aliénés, pourraient leur être réservés. En tout cas, dans l'état actuel, ils relèvent de l'internement. Avant de prendre une décision de sortie, il faut être prudent et ne pas risquer, par des décisions contradictoires, d'encourager leur processivité.

Il n'est pas de malades plus dangereux que ces processifs revendicateurs. Il paraît inutile d'insister sur la progression inévitable de leurs réactions.

Au sujet de N., nous noterons que, pour la première fois, il a employé, à l'égard de médecins et de fonctionnaires, la procédure de citation directe en police correctionnelle. La personne qui est assignée doit être présente à l'audience. Elle doit avoir un avocat. Le médecin et les fonctionnaires que N. a cités directement ont dû venir deux fois se présenter en police correctionnelle.

Dans une communication antérieure, nous avons insisté sur ce fait que les médecins ne sont nullement protégés contre les réactions processives des malades. Or, n'importe quel médecin, des asiles ou non, peut être, à son tour, l'objet d'une citation directe de la part de malades identiques. Les réactions de N. risquent d'être encore plus graves. En une circonstance analogue, il a menacé de tirer des coups de revolver à la Chambre. Il est impossible de savoir à quelles extrémités le portera son exaspération.

Au point de vue des mesures à prendre, les services libres ne sont pas adaptés pour recevoir ces processifs revendicateurs, aliénés dangereux. Fréquemment, l'Infirmerie spéciale interne d'office des persécutés-persécuteurs qui ont été amenés à des

consultations de prophylaxie mentale ou qui ont même été traités dans des services ouverts.

Dans son rapport sur les aliénés en liberté, M. Claude propose de présenter ces délirants lucides, dont l'appréciation du trouble mental est délicate, à une commission médico-judiciaire, après citation par voie administrative.

Or, pour des malades comme N., la citation sera certainement inopérante. Il devra être amené devant la commission par la police. Cette commission comprendrait, d'après la conception de M. Claude, des magistrats, des médecins, un avocat. Mais il faut, le plus souvent, agir vite ; s'il faut attendre que la commission soit réunie pour empêcher le malade de faire un scandale ou de commettre un crime, il est à craindre que l'action de cette commission ne soit pas efficace.

Il importe d'abord que ces malades soient signalés aux commissaires de police pour que ceux-ci soient alertés. Dans ce but, il serait nécessaire d'obtenir, comme l'a demandé M. Claude, la déclaration obligatoire des aliénés dangereux à l'Administration. C'est une mesure essentielle.

Quant au reste, il faudra bien que la police intervienne pour amener le malade à un organisme médical spécialisé qui sera destiné à donner un avis sur l'état mental du sujet.

C'est exactement le rôle de l'Infirmerie spéciale à Paris, qui fonctionne comme service de triage des aliénés dangereux. Sans doute, dans un certain nombre de cas, la décision est délicate. Il y a des cas limites. Ce n'était pas le cas de N. que nous avons toujours considéré comme un grand malade.

L'émotion de l'opinion publique au sujet des prétendues arrestations illégales et séquestrations arbitraires est illégitime. Actuellement, tous les cas d'internement d'office sont soumis immédiatement au Parquet, où le magistrat spécialisé vérifie si les actes administratifs et médicaux sont conformes à la loi. De plus, nous n'avons pas besoin de démontrer que la loi de 1838 donne à tout malade interné les moyens de défense et de protection contre l'arbitraire. Il est surtout désirable, pour la défense sociale, que ne soient pas prononcées, à la légère, des sorties prématurées.

Si la commission judiciaire demandée par M. Claude pour juger de l'opportunité d'un internement ne nous paraît pas opérante et désirable à l'entrée d'un malade à l'asile, par contre, elle peut être utile pour juger de la légitimité du maintien ou de la sortie.

Cette commission présentera des avantages sur le régime

actuel, à condition qu'elle soit fixe et qu'elle établisse une jurisprudence et une doctrine qui font actuellement défaut.

Il nous paraît surtout important que, dans les affaires analogues à l'affaire N., les médecins, qui ont à donner une opinion sur un malade, veuillent bien ne pas perdre de vue qu'ils doivent juger en médecins. Le rôle du médecin aliéniste n'est pas d'essayer d'adapter son diagnostic à des formules désuètes de répression pénale. Il doit s'efforcer d'amener l'autorité judiciaire et les pouvoirs publics à créer les institutions et les établissements qu'ont rendu nécessaires les progrès de la psychiatrie et de la criminologie. Ce qui est médical doit rester du domaine médical et toutes les mesures inspirées des notions psychiatriques de prévention et de prophylaxie seront plus utiles à la défense sociale que des mesures d'inutile répression.

A PROPOS D'UN DIVORCE PRONONCÉ PENDANT L'INTERNEMENT

PAR

M.-P. GARDIEN et P. LÉCULIER

Une aliénée atteinte de psychose périodique, ayant été internée à maintes reprises, a vu le divorce prononcé contre elle, pendant son internement, après 24 ans de mariage. Nous résumerons son histoire clinique, puis nous rapporterons le jugement de divorce, suivi d'un bref commentaire.

Mme A., née le 25 octobre 1867, avait présenté plusieurs accès de manie, et avait déjà été internée plusieurs fois, lors de son mariage, le 24 juillet 1900. Nous n'avons pas de renseignements précis sur l'évolution de sa psychose jusqu'en 1912. A cette date elle a quitté définitivement son mari.

De 1914 à 1920, elle a été internée à la Maison Nationale de St-Maurice dont elle sortait 2 ou 3 mois par an, pendant une période de calme qu'elle passait dans une pension de famille.

Elle a ainsi été placée volontairement quatre fois à St-Maurice dont elle est sortie définitivement le 9 octobre 1920. Cinq mois après, elle a été placée volontairement, par son mari, à l'Asile de St-Ylie, le 11 février 1921. Depuis, elle présente une psychose périodique à double forme, caractérisée par des accès maniaques d'une durée de 3 à 4 mois, des accès de dépression plus courts et des périodes normales de 4 à 5 mois en général. La succession de ces phases est assez régulière, cependant, la période de dépression manque parfois.

C'est pendant l'internement actuel, que M. A., en mai 1922, a décidé d'intenter une action en divorce contre sa femme. Il venait en effet, à cette date, de trouver dans la correspondance de ses beaux-parents décédés, la confirmation de soupçons, qu'il avait depuis longtemps, sur l'existence, chez sa femme, de troubles mentaux antérieurs au mariage, et qui lui avaient été dissimulés.

La citation en divorce expose ainsi ses griefs :

« Attendu que M. A. a contracté mariage le 24 juillet 1900 avec Mlle Y...,

Attendu qu'un contrat de mariage reçu par M^e D. a précédé cette union,

Attendu qu'un seul enfant est issu de cette union, Mlle J. A., âgée aujourd'hui de plus de vingt et un ans, et demeurant avec le requérant,

Attendu qu'au moment où Mlle Y. s'est unie à M. A., cette personne n'aurait pas dû songer au mariage, que son état de santé aurait dû la détourner d'une pareille pensée,

Attendu que la future femme de M. A. avait été, à plusieurs reprises, et tout récemment du reste, atteinte de troubles cérébraux graves, qu'elle avait dû être renfermée, à plus d'une reprise, dans des maisons de santé ;

Attendu que M. A. a été odieusement trompé par ses futurs beaux-parents qui lui ont dissimulé la situation susdite, décidés qu'ils étaient à trouver à l'aide de tous moyens un établissement pour leur fille ;

Attendu que la future Mme A., alors majeure, s'est prêtée à ces agissements, qu'elle a caché, en pleine connaissance de cause, son état de santé à son fiancé ;

Attendu que ces faits, à raison des manœuvres et dissimulations ci-dessus, constituaient à l'égard de M. A. l'injure la plus grave ;

Attendu que, dès le premier jour du mariage, Mme A. est tombée en état de crise, que son mari s'est trouvé dans la situation la plus cruelle qu'on puisse imaginer ;

Attendu que se croyant en présence d'un état passager, et dans tous les cas, d'une maladie subite, ignorée de ses beaux-parents et de sa femme, il prit patience tout d'abord ;

Attendu que la situation se prolonge depuis de longues années ;

Attendu que M. A. a dû cesser toutes relations avec sa femme, que sa vie est complètement brisée ;

Attendu que Mme A., au cours des intervalles lucides que présentait son état de santé, ne cessait d'injurier son mari, lui rendant la vie commune intolérable ;

Attendu qu'elle a fini, depuis 1912, par le quitter complètement, qu'elle vit éloignée de lui et sans esprit de retour ;

Attendu que la situation de fortune de Mme A., tout à fait indépendante de son mari, montre que ce dernier ne poursuit, en l'espèce, aucun désir de lucre ou de satisfaction personnelle ;

Attendu qu'il a le droit de sortir d'une situation effroyable qui a gâché sa vie. »

Deux mois après, l'assignation en divorce résume tous ces faits, en demandant au tribunal l'autorisation d'en faire la preuve, si le divorce n'est pas prononcé *de plano*.

« 1° Mme A., avant son mariage, a été à plusieurs reprises, et tout récemment du reste, atteinte de troubles cérébraux graves ; elle a dû être renfermée, à plus d'une reprise, dans des maisons de santé ;

2° M. A. a été odieusement trompé par ses futurs beaux-parents qui lui ont dissimulé cette situation, décidés qu'ils étaient à trouver, à l'aide de tous moyens, un établissement pour leur fille ;

3° La future Mme A., alors majeure, s'est prêtée à ces agissements ; elle a caché, en pleine connaissance de cause, son état de santé à son fiancé ;

4° Mme A., au cours des intervalles lucides que présentait son état de santé, ne cessait d'injurier son mari, lui rendant la vie commune intolérable ;

5° Depuis 1912, Mme A. vit éloignée de son mari, sans esprit de retour. »

Si nous analysons cette assignation, les trois premiers articles établissent l'injure grave par la dissimulation volontaire de troubles mentaux antérieurs au mariage. A côté de ce motif, qui était, dans l'esprit du demandeur, la cause même de la demande en divorce, l'avoué a introduit deux motifs accessoires : l'article 4, faisant état d'injures au cours des intervalles lucides, et l'article 5 constatant l'abandon du domicile conjugal.

Le Tribunal civil de la Seine (3^e Chambre) a prononcé le divorce dans son audience du 25 juillet 1924, mais il l'a basé sur les articles 4 et 5 de l'assignation. Voici, en effet, le texte du jugement, qui, après avoir reproduit l'assignation, conclut :

Le Tribunal,

« Attendu que, suivant exploit en date du 13 juillet 1922, le sieur A. a formé contre sa femme une demande en divorce,

Attendu qu'il résulte des documents de la cause que dans tout le cours de l'union conjugale, pendant les intervalles de santé de sa femme, celle-ci ne cessait de rendre à son mari la vie intolérable, qu'elle l'injuriait à tous propos, que dans ces dernières années, la dame A. s'est toujours refusée à reprendre la vie commune avec son mari, qu'elle ne lui témoignait que de l'aversion et du dégoût, que ces faits justifient la demande du mari,

Par ces motifs,

prononce *de plano* le divorce d'entre les époux A. à la requête et au profit du mari..... »

Depuis ce jugement, la malade est restée placée volontairement à l'asile St-Ylie, où elle est encore, dans le service de M. le D^r Desruelles, qui nous a signalé l'intérêt de ce cas et a bien voulu nous permettre d'en publier l'observation.

En 1926, deux ans après le divorce, M. A. administrait toujours les biens de sa femme et cette situation de fait était devenue franchement anormale, bien que l'honnêteté et le désintéressement de l'ex-mari aient été absolus. Pour mettre fin à la bizarrerie de cet état de choses, Mlle A. a été nommée administrateur provisoire judiciaire des biens de sa mère.



M. A. demandait le divorce, en raison de la *dissimulation* que lui avait faite sa fiancée, des troubles mentaux qu'elle avait présentés avant le mariage ; le tribunal a basé sa décision sur les injures prononcées pendant « les *intervalles de santé* » et sur le refus de reprendre la vie commune depuis 1912.

Le moyen présenté par le demandeur et celui adopté par le jugement, nous semblent, l'un et l'autre, mériter quelques commentaires.

La dissimulation volontaire des troubles mentaux ayant existé avant le mariage a été considérée par quelques tribunaux comme une injure grave. L'un de nous, avec M. le D^r A. Santenoise a publié un jugement ainsi basé (1), concernant un aliéné interné, qui avait présenté, avant le mariage, des troubles mentaux n'ayant pas donné lieu à internement.

Ritti avait, en 1912, cité deux arrêts appliquant le même principe de jurisprudence.

Des recherches méthodiques dans les recueils judiciaires ne nous ont pas permis de rencontrer d'autres applications de cette jurisprudence. Le principe en est cependant bien admis, et des jugements récents en font état, sans prononcer le divorce.

La Cour de Douai, le 24 décembre 1929 (*Recueil*, Douai, 1930, p. 18), a estimé que « des troubles mentaux ne peuvent être envisagés comme de nature à constituer une injure à l'égard du conjoint que s'ils ont pris naissance avant le mariage et ont été volontairement tenus cachés ».

Le Tribunal civil d'Ajaccio, le 27 octobre 1933 (*Gazette du Palais*, 23 déc. 1933) a débouté Mme S. d'une action en divorce, basée sur l'injure résultant à son égard de la dissimulation faite

(1) *Ann. Méd. Psych.*, décembre 1933.

par son mari, de l'affection dont il était atteint antérieurement à son mariage.

S., en effet, à l'âge de 17 ans, « avait donné des signes de dérangement cérébral ayant motivé son hospitalisation pendant un certain nombre de jours ».

Le Tribunal n'a cependant pas admis la demande de sa femme, le jugement est ainsi rédigé :

« Attendu que des documents soumis au Tribunal, il résulte que le mariage des époux S. a eu lieu plus de 10 ans après les premières manifestations du mal reproché au mari, lesquelles ont été au surplus de courte durée, et ne l'ont pas empêché de rentrer à l'Ecole de Saint-Cyr d'où il sortit avec le n° 6 et fut envoyé ensuite dans le Riff, où il a fait campagne durant 2 ans ; que n'ayant plus eu de crise pendant la durée de cette longue période de travail et de fatigues, il a pu croire de très bonne foi, lors de son mariage, qu'il était complètement guéri ; qu'il ne saurait, par suite, être convaincu d'avoir dissimulé à sa future épouse des troubles cérébraux remontant à plus de 10 ans, troubles qu'il a pu attribuer à une dépression nerveuse passagère due à un surmenage intellectuel ; que, dans ces conditions, l'aliénation mentale antérieure au mariage alléguée ne saurait donner ouverture à une action en divorce, les circonstances de la cause faisant présumer qu'à l'époque du mariage l'époux, qui en avait été atteint, se croyait guéri, et d'autre part, cette maladie n'étant pas, par elle-même, susceptible de placer personnellement l'autre époux dans une situation moralement diminuée. »

D'autre part, le jugement que nous relatons a nettement accepté la validité des injures prononcées pendant « *les intervalles de santé* ».

Les aliénistes qui se sont occupés de la responsabilité des aliénés au cours des intervalles lucides sont d'accord pour admettre cette responsabilité au point de vue général.

Le Chancelier d'Aguesseau, en 1698, a donné une définition imagée de l'intervalle lucide, dans un procès relatif à un testament :

« Ce n'est point un crépuscule qui joint le jour et la nuit, mais une lumière parfaite, un éclat vif et continu, un jour plein et entier qui sépare deux nuits. »

Legrand du Saulle (1), après avoir cité cette définition, formule la sienne :

(1) LEGRAND DU SAULLE. — *La folie devant les tribunaux*. Paris, Savy-Durand, 1864.

« L'intervalle lucide consiste dans la suspension absolue, mais temporaire, des manifestations et des caractères du délire. »

Doutrebente (1) a précisé le sens du mot intermittence, en distinguant trois catégories : les *intermissions*, longues périodes de guérison entre les accès ; les *moments lucides*, courts et survenant au cours d'un accès ; enfin, les *rémissions*, simples atténuations de l'état morbide.

« Pendant l'intermission, écrit-il, le fou intermittent peut et doit être assimilé à un aliéné guéri ou à l'homme sain de corps et d'esprit et par conséquent il possède la capacité civile et la responsabilité de ses actes. »

De même, J. Falret considérerait l'intermission comme une véritable *guérison temporaire*.

Ch. Vallon, dans le traité de Gilbert Ballet, fait quelques réserves à ce sujet. Il n'admet « la responsabilité complète que dans le cas d'une intermittence longue et parfaite, quand le retour à la raison s'est fait depuis déjà quelque temps et doit avoir encore une assez longue durée ».

D'après nos lectures, nous n'avons jamais vu discuter la notion de responsabilité au cours des intervalles lucides en ce qui concerne le divorce. Cependant, l'analogie paraît aisée à établir avec la responsabilité unanimement admise, au point de vue pénal (*démence au temps de l'action*, dit l'article 64), ainsi qu'au point de vue civil (chez les non-interdits) : mariage, donations et testaments, administration des biens.

En effet, l'élément *intentionnel* est constitutif des excès, des sévices et des injures graves ; on trouve, pendant les intervalles lucides, compris au sens de *Ch. Vallon*, cette « intention réfléchie et librement exécutée », sans laquelle il n'est pas de motif de divorce.

(1) DOUTREBENTE. — *Etude médico-légale sur les intermissions dans les maladies mentales*. Blois, 1883.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 8 février 1934

Présidence : M. Roger MIGNOT, président

Au cours de la séance, M. Roger MIGNOT, *président*, souhaite la bienvenue à M. le Professeur DIMITRI, de la Faculté de Médecine de l'Université de Buenos-Aires, qui assiste à la séance.

Correspondance

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Dr Paul COURBON, *secrétaire des séances*, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le Dr MAXIMILIANO RUEDA G., Professeur de psychiatrie à la Faculté de Médecine de Bogota, Membre de l'Académie Nationale de Médecine de Colombie, Médecin-chef de l'Asile d'aliénés de Bogota, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre associé étranger* ; la Société désigne une Commission composée de MM. MIGNOT, PIÉRON et René CHARPENTIER, rapporteur, pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du lundi 26 février 1934.

Date de la séance du mois d'Avril

La Société décide de ne tenir, au mois d'avril, qu'une seule séance, le *lundi 23 avril 1934*.

PRÉSENTATIONS

**Un cas de perversion constitutionnelle,
par MM. X. et P. ABÉLY et NODÉT.**

Nous avons présenté, il y a peu de temps, une étude générale sur les perversions constitutionnelles, les arriérations sociales. Nous avons cru intéressant d'illustrer ce travail d'ensemble par la présentation d'un cas typique, connu d'ailleurs d'un grand nombre de nos confrères. Ce cas est en outre remarquable par son évolution.

La mère de la malade fut atteinte d'aliénation mentale et mourut dans un asile. Dès son jeune âge, S. fit le désespoir de sa famille par la précocité de ses tendances vicieuses. Elle aurait eu à plusieurs reprises des crises hystériformes. Intelligente, elle a acquis des notions scolaires assez étendues. Elle avait un goût particulier pour la musique et a suivi pendant quelque temps les cours du Conservatoire. A seize ans, elle s'enfuit de la maison paternelle. Durant cette fugue elle aurait contracté la syphilis. Son père l'ayant fait rechercher par la police, elle fut retrouvée et placée en correction à Fresnes. Sa mère, touchée par ses promesses, la reprit ; mais au bout de 15 jours elle disparut de nouveau. Depuis, son père ne la revit qu'à de rares intervalles. Elle envoya plusieurs fois des lettres d'injures et de menaces à ses parents : « Ma fille, écrivait le père, est d'un tempérament volage ; elle n'a pas d'idées suivies ; elle a toujours aimé voyager à l'aventure. Au point de vue mental, elle n'a pas le cerveau bien équilibré. » Alors qu'elle avait 18 ans, un médecin lui délivra, à l'occasion de quelque délit, sans doute, un certificat déclarant « qu'elle présente des troubles hystériques qui annihilent sa responsabilité ». Elle a mené une existence agitée dont il est difficile de connaître tous les détails. Elle a exercé les professions les plus diverses ; parmi celles qu'elle avoue, citons celles d'artiste, de bonne, et même d'infirmière d'asile. Elle a pas mal voyagé, elle a parcouru l'Algérie, le Maroc, pendant la guerre. Puis elle a résidé assez longtemps en Suisse. Cette époque de sa vie reste assez mystérieuse. Il est possible qu'elle ait fait de l'espionnage. Elle a commis de nombreux délits et subi de multiples sanctions pénales. Lors de son dernier internement, elle était d'ailleurs relégable. Son casier judiciaire porte une douzaine de condamnations pour escroqueries, vols, abus de confiance, port illégal de décorations, fabrication de faux certificats, infraction à interdiction de séjour, coups et blessures au cours de manifestations politiques. Elle était spécialisée dans

un type d'escroquerie maintes fois réalisée. (Elle écrivait, ou téléphoniait, au gérant d'un grand hôtel, pour retenir une chambre au nom d'un voyageur connu et demandait qu'on veuille bien régler avant son arrivée le montant d'une livraison. Puis elle se présentait à l'hôtel avec un paquet et une note qu'elle se faisait payer). Elle a été inculpée aussi d'infraction à la loi sur les substances toxiques. Elle usait d'ailleurs des stupéfiants les plus divers : éther, laudanum, morphine. Elle aurait fabriqué plusieurs centaines de fausses ordonnances pour se faire délivrer des toxiques.

Comme pour tous ces anormaux, les séjours dans les asiles ont alterné avec les séjours en prison. Elle a été internée 8 fois, notamment à Bâle, à Châlons-sur-Marne, à Tours, à Marseille. Nous n'avons de renseignements précis que sur ses derniers internements à Nancy et dans la Seine.

Elle avait été placée à l'asile de Maréville, en 1924, à la suite d'un rapport médico-légal du D^r Kinsbourg concluant à l'irresponsabilité. Le D^r Hamel la garda un mois dans son service, « en raison de la faiblesse de sa volonté et de ses antécédents morbides héréditaires et personnels », et ne consentit à la laisser sortir que lorsqu'il lui eût trouvé un emploi. Mais le jour même de sa libération, au lieu de commencer à travailler, elle se livra à une tentative d'escroquerie, exactement copiée sur les précédentes. Elle fut soumise à l'examen du D^r Privat de Fortunié qui, en signalant ses perversions, son absence de tout scrupule et son déséquilibre, associé à une intelligence normale, la déclara responsable de ses actes. En 1926, nous retrouvons notre malade à Paris où elle est arrêtée toujours pour le même délit stéréotypé. Conduite par deux fois à l'infirmerie spéciale, elle est renvoyée à la prison. Mais elle se livre, à St-Lazare, à des excentricités variées : elle fait une tentative de suicide ; elle se rend insupportable ; amoureuse d'une religieuse, elle menace une autre détenue qu'elle croit sa rivale. Renvoyée par le médecin de la prison, pour la troisième fois, à l'Infirmerie spéciale, le D^r de Clérambault finit par conclure à la nécessité de son internement. Elle est transférée à Ville-Evrard, dans le service du D^r Mignot, qui, après 3 mois d'observation, proteste contre la présence d'une délinquante aussi malfaisante et aussi lucide, au milieu des autres malades. Entre temps, le D^r de Fursac, chargé d'examiner si l'état mental de S. permettait de poursuivre l'action judiciaire, conclut affirmativement. Il montre que l'état d'exaltation, présenté par S. à la prison et qui comporte une bonne part d'exagération volontaire et de simulation, n'existait pas au moment de l'acte délictueux. Dans le service, l'inculpée simule des malaises physiques divers, fièvre, hémoptysie. Au bout de 4 mois d'internement, S. est renvoyée à St-Lazare. Elle injurie et menace le juge d'instruction et, au cours d'un interrogatoire, elle lance une chaise dans la direction du juge, qui heureusement n'est pas atteint. Elle est alors soumise à une nouvelle expertise, confiée aux D^{rs} Colin, Legrain et Logre. Ceux-ci, tout en faisant la part de

la simulation et de la mise en scène dans l'excitation de l'inculpée, préconisent, comme « la solution la moins mauvaise », le séjour prolongé à l'asile. Elle est alors replacée dans le service du D^r Mignot, qui s'élève à nouveau contre cet internement dans un service ordinaire d'asile. Elle est transférée quelque temps après à Villejuif, dans le service du D^r Marchand, qui lui aussi proteste vivement contre le maintien de cette délinquante récidiviste.

En 1929, la situation est inchangée :

S. apparaît comme le type de la perverse constitutionnelle, ne présentant aucun trouble de l'intelligence. Elle est typique par la précocité et la multiplicité de ses perversions, par leur irréductibilité, par l'action absolument nulle de la prison et de l'asile ordinaire. Elle est incapable de toute activité utile. Comme ses semblables, elle est en conflit constant avec la discipline sociale. Elle exprime sa haine profonde de la société et de ses institutions. Elle en veut tout particulièrement aux magistrats et aux médecins experts. Elle profère des théories libertaires. Elle fait étalage de son passé, exagérant ses tares, mentant à plaisir.

Comme tous ces anormaux éthiques, elle présente un déséquilibre manifeste de l'humeur et du caractère. Elle fait des tentatives de suicide plus ou moins théâtrales (un jour, elle casse une petite glace de poche en menus morceaux et avale les débris, sans aucun dommage d'ailleurs). Elle a des mouvements d'exaltation et de colère, dont la réalité est incontestable. Mais elle joue de son impulsivité, l'exagère ou la simule. Toutes les fois qu'elle est en présence de magistrats ou d'experts, elle fait montre d'une exaltation qui se calme lorsqu'elle s'aperçoit qu'elle n'impressionne pas son adversaire. Il en est de même à l'asile. Très orgueilleuse, elle a le besoin d'étonner ou de se faire craindre. Elle récrimine contre tout, se montre insolente et menaçante envers tout le monde, excite les autres malades contre le personnel. Elle est le type de la malade indésirable.

Ce cas a soulevé les controverses habituelles entre les partisans de la prison ou de l'asile, à l'égard des pervers. A la lecture de ces conclusions variées, on s'aperçoit qu'au fond tous les aliénistes sont d'accord pour reconnaître que ces sujets sont des anormaux, qu'ils ne sont pas à leur place dans l'asile ordinaire, que seul l'asile de sûreté leur convient. Il est intéressant de rappeler rétrospectivement les considérations des nombreux médecins qui ont examiné S. :

Du D^r de Clérambault : « S. serait qualifiée pour séquestration à long terme dans un asile spécial pour insociables. Collocation future dans sections spéciales avec psychiatres spécialisés. »

Du D^r de Fursac : « S. est une personne d'esprit mal équilibré dont la délinquance à répétition ne laisse guère d'espoir d'amendement. On peut regretter, comme le fait le D^r de Clérambault, qu'il ne soit pas possible de lui appliquer « une séquestration à long terme dans

un asile spécial pour insociables ». Ce serait certainement, en ce qui la concerne, le procédé de défense sociale le plus efficace. Mais ce sont là des regrets purement platoniques. Les asiles pour anormaux, délinquants et criminels n'existent pas en France et les asiles d'aliénés ne peuvent les suppléer. »

Du D^r Mignot : « Il me faut regretter, après tant d'autres psychiatres, l'absence de dispositions légales permettant la séquestration de ces anormaux pervers dans les asiles de sûreté. Mais, à leur défaut, il me paraît arbitraire de placer ces sujets dans les asiles d'aliénés plutôt que dans les prisons, où, sans être parfaitement à leur place, ils seraient, du moins à l'heure actuelle, avec quelques-uns de leurs semblables. Médecin traitant, responsable pour une part de la tranquillité de mes malades et de leur sécurité, je proteste contre la présence de S. dans le service, et, au nom des malades et des familles, je proteste également contre le fait qu'une telle promiscuité soit infligée à des femmes honnêtes. »

Des D^{rs} Colin, Legrain et Logre : « Une peine prononcée contre S. ne semble pas de nature à réprimer ses penchants haineux, mais plutôt à les exaspérer. Si elle venait à sortir de prison dans un délai qui n'excéderait pas un certain nombre de mois, il est évident qu'elle serait fort dangereuse pour l'ordre public. Nous nous associons pleinement, ainsi que l'a fait le D^r de Fursac aux idées de de Clérambault, réclamant des asiles spéciaux pour les insociables, mais on nous demande de prendre ici position et de formuler une conclusion pratique ; alors que de tels asiles n'existent pas encore, il faut choisir entre la répression pénale et l'internement, qui aurait du moins le mérite d'exclure l'inculpée longuement, hors du milieu social. Si donc, nous proposons de regarder cette femme comme irresponsable en raison de ses tares morbides et de sa malfaisance sociale, il est important que le séjour à l'asile soit considéré comme devant être de longue durée. »

Du D^r Marchand : « S. est une insociable dont la place n'est pas à l'asile. La défense sociale serait mieux assurée par une pénalité sévère que par un internement dans un asile d'aliénés. Les experts déclarent que si S. est irresponsable, elle doit être placée dans un asile spécial pour insociables. Mon service est un service de traitement et ne présente aucune des conditions exigées pour la surveillance de tels sujets. »

La présence de cette malade dans les asiles de la Seine souleva de telles protestations que la Société des Médecins de la Seine, saisie du cas, réclama, dans une lettre adressée à la Préfecture, la création urgente d'un asile de femmes criminelles. C'est un peu grâce à S. que fut décidée la construction rapide de la Section femmes du service H. Colin, qui a été ouverte il y a quelques mois. A l'heure actuelle, les controverses que nous avons rappelées n'auraient plus aucune raison

d'être, S., qu'on ne pouvait garder ni à l'asile, ni à la prison, aurait été internée au quartier de sûreté, où, de l'avis unanime, elle aurait été exactement à sa place.

Ce cas illustre d'une façon très nette toute la question des anormaux pervers tant au point de vue clinique qu'au point de vue des mesures qu'il convient d'appliquer à ces invalides moraux. Cependant, cette observation serait assez banale si elle ne comportait une deuxième partie.

En effet, depuis deux ans des changements considérables sont survenus dans l'état mental de cette malade :

Au début de 1929, à la suite d'une otite, S. fut atteinte d'une encéphalite grave avec confusion mentale, onirisme intense, agitation, incohérence. A ces signes psychiques s'associaient des myoclonies, des mouvements ataxiques, de la dysarthrie. Longtemps, elle a gardé des secousses myocloniques diffuses et des mouvements anormaux des membres de type choréiforme.

Au bout de quelques semaines, l'état confusionnel s'est dissipé. S. n'en a gardé qu'un souvenir très vague. Mais alors sont apparues des idées de persécution. Elle se figure qu'on l'a endormie en lui faisant prendre des toxiques, qu'on l'a opérée, qu'on lui a fait subir des mauvais traitements. Un peu plus tard, elle pense qu'on lui fait tenir un rôle dans un film policier, qu'on lui fait jouer la comédie, qu'on la magnétise. Des troubles moteurs, ne subsistent que quelques signes bizarres : des grimaces, la bouche en groin, le renflement, l'occlusion des yeux, des rires immotivés et aussi un maniérisme généralisé. Peu à peu s'est installé un véritable délire d'influence avec hallucinations psychiques, communication de pensées, écho de la pensée, interprétations diverses, notamment de troubles moteurs et sensitifs, peut-être hallucinations psychomotrices et cénesthésiques. Ce sentiment d'influence physique et psychique dont elle garde encore un mauvais souvenir provoquait au début des réactions coléreuses, en particulier contre les médecins, car elle se croyait le sujet de leurs expériences. Peu à peu, depuis deux ans, ce sentiment prend, au contraire, un caractère agréable ; elle attribue ces influences à des manœuvres amoureuses ; ce sont encore les médecins qui sont amoureux d'elle. Elle vit en communication de pensée avec eux, dans une sorte d'autisme, tandis que tout est mystère autour d'elle. La dissociation psychique est plus marquée encore qu'on ne pourrait le croire au premier abord. Les souvenirs du passé sont mal liés, le langage est bizarre, alambiqué, et parfois franchement incohérent. Les écrits ont le même caractère. Il est curieux de les comparer à ceux de la période perverse. La malade a conscience de cette transformation très réelle de sa personnalité. Cette modification n'est pas seulement manifeste dans le domaine intellectuel, mais

encore dans le domaine de la moralité et du caractère. C'est ce qu'il y a de plus curieux en la circonstance. S., qui fut le cauchemar et même la terreur de nombreuses infirmières et de tant d'autres personnes, surprend tous ceux qui l'ont connue antérieurement, par son calme et même son affabilité. Elle ne récrimine jamais. Elle n'a jamais de période ou de moments d'excitation. Elle essaie d'être utile, travaille avec les infirmières, leur rend de nombreux services. Elle ne demande pas sa sortie et déclare d'ailleurs qu'elle tient à rester à l'asile où tout le monde est bon pour elle. Elle ne fréquente pas les autres malades, ne se mêle pas à leurs différends, et se tient très dignement à l'écart. Elle ne veut pas qu'on lui parle de son passé. Dans son langage souvent bizarre, elle paraît regretter l'immoralité de sa vie et sa haine de la société. Elle pleure au souvenir de sa mère.

Il est difficile de déceler des traces de ses tendances antérieures. On peut découvrir cependant une vanité, plus maniérée que hautaine, un érotisme, plus intellectuel qu'actif, un certain entêtement. Nous nous garderions d'affirmer, surtout tenant compte de sa désagrégation psychique, qu'elle est incapable de toute impulsivité, si elle était vivement contrariée. Mais, dans le service, elle se montre habituellement si douce, si serviable, que nous avons tenu à la garder dans la section ordinaire de l'asile. Par un paradoxe étrange, nous nous sommes refusé, malgré les sollicitations de la Préfecture de Police, lorsque le quartier de sûreté s'est ouvert, de la transférer dans ce service spécial, dont tant de médecins avaient réclamé la création tout particulièrement à son intention.

Cette observation appelle quelques commentaires : Un fait est certain, c'est que l'éclosion d'une encéphalite a profondément modifié les tendances de notre malade dans un sens favorable. On sait que certaines encéphalites peuvent déterminer l'apparition de perversions ou le développement de tendances perverses latentes. Ne pourraient-elles pas, par contre, provoquer la disparition ou l'atténuation de ces mêmes tendances lorsqu'elles sont trop exubérantes ? Il semble bien qu'une maladie intercurrente, surtout lorsqu'elle atteint le cerveau, peut modifier le terrain psychique et les constitutions, qui ne sont pas des états immuables. Il y aurait là un espoir, encore bien vague, d'une heureuse transformation possible des perversions. Dans le cas présent, cette modification n'est malheureusement survenue qu'à la faveur d'un trouble psychique profond. Nous pensons en effet qu'elle est due, moins à la perturbation biologique provoquée par l'infection et la confusion mentale, qu'à la désagrégation psychique définitive, séquelle de l'encéphalite. S'il est vrai que les réactions, consécutives à l'automatisme mental, sont

le reflet du caractère antérieur du malade, il n'en est pas moins exact que les progrès de la dissociation psychique finissent par modifier l'humeur et les tendances du sujet. On peut même se demander, dans notre cas, si la confusion mentale n'a pas eu seulement pour effet d'accélérer une désagrégation mentale déjà en évolution. La perversité primitive de notre malade ne serait alors qu'un cas d'héboïdophrénie, qui a évolué lentement vers l'impulsivité, puis, brûlant les étapes, sous l'influence du processus encéphalitique, a abouti à un syndrome d'influence et finalement à un état psychique qui ressemble singulièrement, à l'heure actuelle, à une schizophrénie délirante.

Rappelons que notre malade a contracté très probablement la syphilis dans sa jeunesse. Elle présente, depuis de longues années, une inégalité pupillaire qui est peut-être la signature d'une syphilis nerveuse assez ancienne. L'influence de cette spécificité nerveuse a pu être fort importante sur un terrain héréditairement prédisposé aux psychopathies. Aussi bien, lorsque nous employons le terme « constitutionnel », nous ne prétendons pas lui donner un sens absolu, en l'appliquant à un pervers. Nous voulons simplement dire par là qu'il est impossible de préciser l'époque où le cerveau a été touché par le processus pathologique.

M. RAYNEAU. — Il s'agit de malades très particuliers et en vérité nous ne savons pas ce qu'ils sont. Les uns disent ceci, les autres cela. Je crois que dans tous les cas, c'est l'évolution de tels sujets qu'il faut surtout étudier.

Notre regretté confrère Lalanne avait fait une importante enquête sur les cas médicaux légaux qu'il avait eu à examiner au cours de sa carrière. Beaucoup de sujets reconnus tout d'abord responsables étaient devenus par la suite aliénés et incurables.

M. MARCHAND. — Je n'ai pas entendu le début de la communication de M. Abély et je m'en excuse. Je ne sais quelle a été son interprétation au sujet de la succession des accidents neuropsychiques présentés par cette malade ; mais comme j'ai pu suivre Mme S... pendant plusieurs années, je me permettrai de donner mon avis. Cette malade, au moment de son internement, était atteinte de déséquilibre mental avec perversions instinctives. Plusieurs de mes collègues l'avaient considérée comme responsable de ses actes. Elle avait failli tuer un juge d'instruction au cours d'un interrogatoire. Dans mon service, elle présentait des troubles du caractère avec impulsions à frapper si violents

qu'elle était la terreur des infirmières. C'est à cause d'elle que j'ai pris, devant mes collègues de la Seine, l'initiative de compléter le quartier des aliénés difficiles de Villejuif par un service pour les femmes, service qui fonctionne actuellement.

A la suite d'une otite purulente, Mme S... fut atteinte d'encéphalite se traduisant par un état de délire aigu avec myoclonies et pendant plusieurs semaines je m'attendais à une issue fatale. Elle guérit. Depuis, les troubles du caractère et les impulsions ont disparu et la malade présente l'état mental, difficile à définir, que vient de vous décrire M. Abély. J'ai le sentiment que c'est l'encéphalite qui a déterminé dans le cerveau de cette femme des modifications organiques qui ont entraîné d'une part le syndrome mental actuel et la disparition des troubles du caractère. Ce fait n'est pas isolé. J'ai vu de telles modifications se produire soit à la suite de trauma crânien, soit au cours de la paralysie générale ; j'ai vu des épileptiques, au caractère impulsif, devenir dociles après un état de mal grave. Il y a là un fait biologique curieux. Si une altération organique de l'encéphale peut se traduire par des troubles du caractère, des perversions instinctives, et l'encéphalite du jeune âge et l'encéphalite épidémique nous en donnent de fréquents exemples, une amélioration dans le comportement du sujet peut également s'observer après une maladie cérébrale organique et ces cas ne sont pas moins intéressants.

M. MIGNOT. — Cette malade présentait une particularité psychologique qui m'avait frappé. Elle était intimidable et changeait de caractère sous la menace d'une sanction disciplinaire.

M. X. ABÉLY. — Tous ces malades présentent une fausse intimidation et la sanction disciplinaire a un effet essentiellement passager.

Sur l'état actuel de l'intéressée, je ne suis pas exactement de l'avis de M. Marchand. Je crois qu'il existait avant l'infection une dissociation psychique, qui s'est accentuée à la faveur de l'encéphalite. L'héboïdophrénie et l'impulsivité sont pour moi des formes initiales de désagrégation mentale.

M. MARCHAND. — Pendant les deux ans que je l'ai connue, elle n'avait pas changé. Ce n'est qu'à la suite de la fièvre (qui dura trois mois) que son caractère commença à se modifier. A cette transformation, j'attache surtout un sens anatomique.

M. GUIRAUD. — J'ai vu cette malade avant, pendant et après sa maladie infectieuse, je n'ai pas l'impression que sa personnalité se soit beaucoup modifiée.

Un cas de maladie familiale de Roussy-Lévy avec troubles mentaux, par M. P. GUIRAUD et Mlle M. DEROMBIES.

L. R., 17 ans, entre à l'Asile de Villejuif le 31 décembre 1932.

Les troubles mentaux ont surtout attiré l'attention de la famille.

L. jusqu'au début de 1932 apparaissait à sa famille comme un jeune homme timide et faible physiquement, mais non malade. Après une grippe, au début de l'année, il a souffert d'une otite compliquée de mastoïdite qui a nécessité une opération en avril. Le mois suivant, pendant la nuit, il est pris, brusquement, d'un état de peur avec anxiété, se met à pousser des cris, à trembler. Il se plaint de malaises vagues. Les jours suivants, il est toujours inquiet, essaye de s'échapper de son domicile sans pouvoir fournir d'explication. On l'amène à la campagne pour le faire reposer, il déclare qu'il s'ennuie dans son nouveau logement, qu'il étouffe, qu'il a trop chaud ; il se plaint d'avoir un côté trop gros. Il est triste, il voit toujours de la tristesse autour de lui ; la nuit, il a peur, surtout quand il est seul dans sa chambre. De temps en temps surviennent des périodes d'irritation ; il se plaint de ne pas être soigné comme il faut et en arrive même à bousculer sa mère et sa grand-mère.

Il est placé à la Salpêtrière où il reste deux mois, mais il a souvent des accès de peur avec agitation et des colères injustifiées ; une fois, il a jeté un verre à la tête d'une infirmière.

Cet état a motivé l'internement.

L'observation et l'examen mental permettent de mettre en évidence les quatre éléments suivants :

1° *Etat dépressif presque continu.* — Inquiétude, pessimisme, tristesse, sentiment de faiblesse physique et mentale. Tendance à l'isolement, demi-mutisme par périodes ; troubles cénesthésiques avec sensation de chaleur, d'étouffement : « Quand je suis dans ces états je n'insiste pas, je m'assoie sur un banc sans rien dire ; la nuit j'ai peur, comme s'il allait se passer quelque chose, comme si j'allais dépasser. »

Une inhibition intellectuelle et psycho-motrice presque continuelle s'ajoute à l'état affectif pénible.

2° *Excitation, irritabilité, colère.* — Les renseignements rapportés plus haut signalent quelques incidents de ce genre ; pendant son séjour à l'Asile, le malade se montre plutôt docile et apathique.

3° *Atteinte de la sensibilité musculaire et de la personnalité.* — Cet élément est le plus intéressant du syndrome mental, il concorde avec l'atteinte physique dont nous parlerons plus loin. Par périodes, la notion psychologique du corps et spécialement de l'ensemble des muscles en activité est gravement troublée. Cette imperfection retentit sur la personnalité psychique du malade. Voici comment il s'ex-

prime : « Quand je marche un peu longtemps, je suis fatigué, je ne sens plus mes jambes, il me semble que je marche sur du coton ou du caoutchouc, il faut que je me repose sinon je perdrais connaissance. » Une autre fois, il s'exprime encore plus nettement : « Quand j'ai marché longtemps, je suis obligé de m'arrêter, il me semble que ce n'est pas moi qui marche, je ne sens pas mes jambes marcher par ma volonté ; je ne me déplace pas, je suis transporté, comme si j'étais en voiture. Je ne sens pas ma personnalité. »

Le premier symptôme signalé par le malade est un trouble subjectif de la sensibilité proprioceptive, que nous avons toujours trouvé normal objectivement. Il est intéressant de signaler le retentissement de ces troubles subjectifs de la sensibilité proprioceptive sur la synthèse de la personnalité ; le malade le décrit spontanément avec naïveté et précision, il n'y a plus appropriation à la personnalité de l'activité musculaire, le sujet a l'impression de subir passivement les mouvements de la marche, il ne marche pas, il est transporté, comme si j'étais en voiture, dit-il. Le résultat de ce déficit est un fléchissement de la notion du moi, de la personnalité, à tel point, dit le malade, que s'il ne s'arrêtait pas, il perdrait connaissance.

Il est important, au point de vue psychiatrique, de souligner ce syndrome. A plusieurs reprises, à propos de l'hébéphrénie et des délires chroniques, nous avons soutenu que la synthèse de la personnalité s'effectuait par la combinaison d'apports cénesthésiques et proprioceptifs ; nous apportons ici un exemple qui, d'un point de départ purement neurologique, arrive au trouble psychique. Il faut également souligner l'élément défaut d'appropriation à la personnalité qui, à notre avis, joue un rôle si important dans la genèse des symptômes du délire chronique.

4° *Ebauche d'idées de grandeur à type infantile.* — Au questionnaire écrit, le jour de l'entrée, le malade répond : « Quelles sont vos intentions ? Parfois, des idées de grandeur : intention d'occuper une situation importante » ; le lendemain, il explique : « Par moments j'ai des idées de grandeur, je voudrais être ministre, avocat, docteur, plutôt ministre des P.T.T. pour faire des réformes.

« Je suis très sérieux..., je le dis mais je ne suis pas sûr d'être bien convaincu. » Il s'agit là de rêveries imaginaires natives de l'enfance et de la jeunesse, qui sont presque normales, mais exprimées ici avec une naïveté infantile.

5° *Le fonds mental* du malade est peu atteint, l'intelligence est normale, la mémoire bonne ; le jugement doit être plutôt qualifié d'infantile que de débile.

Il ne présente ni idées délirantes véritables, ni troubles psychosensoriel.

A ce syndrome mental s'adjoint un important syndrome physique.

Motilité, Force physique. — A marché à 10 mois comme les autres enfants. A 9 ou 10 ans, sa famille s'aperçoit qu'il ne peut ni marcher

vite ni sauter. Depuis cette époque a toujours été faible musculairement, se fatiguant facilement, n'aimant ni le jeu ni le sport.

La station debout présente une certaine instabilité avec quelques oscillations sans grande amplitude. La marche est lente, hésitante, mais sans incoordination, sans aspect ébrieux ni steppage. Nous avons déjà signalé que la fatigue survient rapidement.

Réflexes. — Les réflexes tendineux sont tous abolis totalement et de façon continue (achilléens, rotuliens, stylo-radial, cubito-pronateur, tricipital).

Les réflexes cutanés sont normaux.

L'excitation de la plante du pied ne donne aucune réponse ni en flexion, ni en extension.

Les réflexes pupillaires sont normaux à la lumière et à l'accommodation. Les pupilles sont habituellement en mydriase.

Sensibilité. — Aucun trouble de la sensibilité. On a exploré le tact, le chaud, le froid, la douleur, la sensibilité osseuse, le sens des attitudes, la reconnaissance des objets, des poids et des formes. Pas de Romberg.

Série cérébelleuse. — Pas de nystagmus. Pas de dysmétrie ni d'hypermétrie. Pas d'adiodococinésie, pas de passivité pendulaire, etc...

Tremblement et instabilité motrice. — Au repos, surtout dans les moments où le malade est ému, on observe une sorte de trémulation dans les membres supérieurs, surtout à droite, il s'agit de secousses assez brusques de peu d'amplitude, survenant irrégulièrement. Au cours des émotions intenses survient un tremblement généralisé. Pendant l'effort, dès qu'il devient prolongé, ces phénomènes s'accroissent : secousses dans les doigts et dans les membres inférieurs atteignant alors une amplitude assez grande ; au cours des mouvements volontaires : hésitation, instabilité, secousses. Ces phénomènes s'accroissent si le malade cherche à maintenir pendant longtemps les membres et surtout les mains dans la même position. Les actes délicats, tels que enfiler une aiguille, ramasser une pièce de monnaie, sont accomplis avec beaucoup d'hésitations et de difficulté. L'écriture est enfantine, irrégulière, désharmonique, légèrement tremblée.

Amyotrophie. — Les mains sont plates, avec légère atrophie des éminences Thénar et Hypothénar plus accentuée du côté droit. Outre l'amyotrophie, il faut remarquer un allongement général de la main et une diminution de longueur du petit doigt.

Une atrophie musculaire légère mais nette s'observe aussi au niveau des membres supérieurs, des ceintures scapulaires, de la partie inférieure des jambes et en général dans tout le corps.

Déformations. — Les deux pieds sont creux. L'exagération de la voûte plantaire, la saillie dorsale au niveau de l'astragale, le raccourcissement général du pied sont évidents. Le gros orteil est assez volontiers en extension spontanée, mais cette attitude est instable. On ne constate ni cyphose, ni scoliose.

Examens humoraux. — Une ponction lombaire pratiquée à la Salpêtrière a donné les résultats suivants : Albumine 0,60, Leucocytes 1,4, Wassermann négatif. Dans le sérum, le Wassermann et le Hecht sont négatifs. Urée 0,30. Il est intéressant de souligner l'hyperalbuminose rachidienne.

Antécédents héréditaires. — La mère du malade, que nous avons soigneusement examinée, présente également une *aréflexie tendineuse* généralisée. Elle a également les deux pieds creux, le pied droit en particulier est beaucoup plus déformé que celui de notre malade.

Elle nous affirme que son père (le grand-père du malade) avait également les pieds « en hauteur ». La grand'mère du malade ne présente rien d'anormal.

Signalons enfin qu'il est fils unique.

De cette observation nous devons retenir :

1° La coexistence d'un syndrome mental spécial et d'un syndrome neurologique.

2° Ce syndrome neurologique est caractérisé par :

- a) Une aréflexie tendineuse généralisée.
- b) Une déformation spéciale des pieds (pieds creux).
- c) Une amyotrophie légère des mains, de la jambe et de la musculature en général.
- d) Une diminution de la force musculaire, avec instabilité motrice et légère difficulté de la station debout et de la marche prolongée.
- e) L'absence de troubles de la sensibilité.
- f) L'absence de nystagmus et de troubles cérébelleux et d'ataxie.
- g) Le caractère familial de l'affection.
- h) Une évolution non progressive.

Ces éléments nous paraissent suffisamment caractéristiques pour nous permettre de considérer ce syndrome comme un cas de la maladie de Roussy-Lévy (dystasie aréflexique héréditaire). Cette maladie, décrite par G. Roussy et G. Lévy (1), a été également observée par N.-H. Popow (2) et par Van Bogaert et Borremans (3).

Notre cas présente cependant quelques particularités sur lesquelles il faut insister.

1° Le début a été tardif puisque, le malade ayant marché normalement à 10 mois, l'attention de la famille a été attirée seulement par les difficultés de la marche et du saut apparues vers

(1) G. ROUSSY et G. LÉVY. — La dystasie aréflexique héréditaire. *Presse Médicale*, 19 novembre 1932. — Sept cas d'une maladie familiale particulière. *Revue neurologique*, 4 avril 1926.

(2) N. A. POPOW. — Une famille atteinte d'une forme particulière de maladie héréditaire. *Revue neurologique*, novembre 1932.

(3) VAN BOGAERT et BORREMANS.

9 ou 10 ans. Or, G. Roussy et G. Lévy signalent que la maladie décrite par eux survient dans la toute première enfance et que le petit malade ne commence à marcher que vers 2 ou 3 ans. Cette précocité constante du début est pour eux un caractère distinctif d'avec les maladies de Friedreich et de Charcot Marie ; cependant, les mêmes auteurs tendent à rapprocher de leur maladie des observations de Rombold et Riley (1) dans lesquelles les troubles de la marche paraissent survenir plus tardivement.

2° Nous signalons chez notre malade l'existence de tremblement, d'hésitation, d'instabilité musculaire pendant les mouvements volontaires ou l'immobilité forcée.

3° La présence de troubles mentaux, élément important de notre communication, n'a pas encore été signalée dans la maladie de Roussy-Lévy. Il s'agit d'établir d'abord que nous n'avons pas affaire à une coexistence fortuite. La mastoïdite, précédant d'un mois l'apparition de troubles mentaux *importants*, pourrait être invoquée comme cause. Mais les troubles mentaux consécutifs aux mastoïdites ont une allure clinique tout à fait différente, il s'agit de confusion avec onirisme, d'hallucinoïse auditive, d'épilepsie et enfin très exceptionnellement de syndrome de démence précoce, mais toujours comme complication de syndromes confusionnels et délirants intimement liés chronologiquement à la réaction méningée (2). L'argument décisif qui nous fait attribuer au même processus le syndrome neurologique et le syndrome mental est précisément la forme même des troubles mentaux qui n'est que le prolongement psychique des troubles neurologiques, comme nous l'avons montré précédemment. Nous estimons que, dans notre cas, la lésion encore inconnue (puisque la maladie de Roussy-Lévy attend encore son anatomie pathologique) ne se confine pas à la moelle, mais vient atteindre les voies ou les centres terminaux de la proprioceptivité dans ces régions mêmes où le neurologique devient psychique. Il est en effet amplement démontré que la privation simple d'impressions kinesthésiques, ou de tout autre ordre, ne suffit pas pour provoquer des troubles tels que le défaut d'appropriation au moi et le sentiment de passivité des actes moteurs. A plus forte raison, il faut autre chose pour expliquer les troubles du caractère, l'impulsivité, l'état dépressif, etc...

(1) ROMBOLD et RILEY. — The abortive type of Friedreich disease. *Archives de neur. et psych.*, tome XVI, p. 301, 1924.

(2) TOULOUSE et COURTOIS. — Séquelles mentales d'encéphalopathies aiguës. *Ann. méd.-psych.*, mai 1933, p. 565.

Par contre, dans la maladie de Friedreich, les troubles mentaux sont bien connus. Mollaret les a soigneusement étudiés dans sa thèse. Il note, assez fréquemment associés à la débilité mentale, les troubles de l'humeur et du caractère, l'impulsivité, l'instabilité. Mais, dans aucune de ses observations, on ne trouve une liaison aussi étroite que dans la nôtre entre le syndrome neurologique et le syndrome mental.

Actuellement, certains auteurs (1) discutent l'individualité de la maladie de Roussy-Lévy et tendent à en faire une forme fruste de la maladie de Friedrich. Nous n'avons pas qualité pour prendre parti dans cette discussion de nosographie neurologique. Les maladies familiales varient volontiers d'une famille à l'autre et ne réalisent pas systématiquement les symptômes classiques. Notre rôle de psychiatre consiste à préciser les symptômes mentaux qu'on y observe.

M. COURTOIS. — Quel est l'état des yeux ?

M. GUIRAUD. — Il n'y a pas de nystagmus, les pupilles sont intactes, le fond d'œil normal.

Aréflexie, pieds creux, amyotrophie accentuée, signe d'Argyll et troubles mentaux, par MM. Paul GUIRAUD et J. AJURIA-GUERRA.

H. A., âgé de 40 ans, est interné à la suite d'une tentative de suicide. Il nous paraît intéressant par l'association de troubles mentaux et d'un syndrome neurologique complexe.

Au point de vue mental, H. réalise le type classique du déséquilibré avec troubles du caractère. Son développement intellectuel a été normal ; il a fait de bonnes études primaires et a obtenu, sans difficultés, le certificat d'études primaires à 12 ans et demi.

Mais, dès son enfance, les troubles du caractère se sont manifestés. H. s'entendait à peu près avec son père, mais il a toujours manifesté de l'hostilité à l'égard de sa mère et de son frère ; il se mettait en colère à la moindre contrariété ou avait des périodes de dépression.

A 20 ans, il a été incorporé, mobilisé étant dans l'armée active ; il a été malade pendant une partie de la guerre. A l'Armistice, il gagne assez bien sa vie comme vendeur, représentant de commerce, mécanicien. En 1920, il se marie, mais rapidement il ne s'entend pas avec sa femme, qui le quitte à cause de son caractère difficile.

(1) H. DARRE, MOLLARET et Mlle LANDOWSKI. — La maladie de Roussy-Lévy n'est-elle qu'une forme fruste ou une forme abortive de la maladie de Friedreich ? *Rev. Neur.*, décembre 1933.

Il se met alors à boire de façon irrégulière, mais en grande partie pendant les périodes de dépression, à la manière des dipsomanes, jusqu'à 14 anis par jour.

Il utilisait les ruses habituelles aux déséquilibrés pour obtenir de sa mère de l'argent qu'il gaspillait.

Irritable, surexcité, avec une légère tendance aux idées de persécution, il était mal vu de la plupart de ses voisins.

Pendant d'autres périodes, il se montrait triste, inactif, pessimiste. C'est au cours d'un de ces accès, provoqué par une désillusion sentimentale et sous l'influence d'une forte absorption d'alcool, qu'il a fait la tentative de suicide par submersion.

Le certificat de l'infirmerie spéciale signale un état d'excitation avec logorrhée, hypertonus, emphase, l'instabilité, l'hypomoralité, la déchéance sociale.

À l'asile, le malade se montre docile mais plutôt subexcité.

Plus intéressant que ce syndrome mental, en somme assez banal, est le syndrome neurologique.

Il a marché entre 10 et 12 mois.

Pendant sa première enfance, il était très maladroit pour la marche, tombait facilement et souvent. Ces troubles s'améliorent peu à peu et semblent disparaître vers l'âge de 5 à 6 ans.

Pendant la guerre, à 21 ans, les troubles de la marche réapparaissent à la suite d'une gelure des pieds. Le bulletin d'hôpital signale « gelure des pieds », névrite avec troubles circulatoires ; c'est alors, d'après les dires du malade, qu'en l'espace de 5 ou 6 mois, se produisent les déformations que nous constatons actuellement.

Vers 1930, un syndrome d'Aran-Duchenne se développe progressivement au niveau des mains.

Diminution progressive de la force, gêne de l'opposition du pouce, gêne de l'écriture. L'atrophie débute à l'éminence thénar puis hypothénar ; interosseux et 1/3 inférieur de l'avant-bras atteints. Après un traitement électrothérapique, 80 séances, une série de Novar, malgré P.L. et examen sérologique négatifs, pas d'amélioration.

Examen physique. — Membres inférieurs : Pieds bots bilatéral. Tassement antéropostérieur. Exagération de la voute plantaire. Extension de la 1^{re} phalange du gros orteil, flexion de la 2^e. Pas d'atrophie marquée du 1/3 inférieur de la jambe, légère hypotonie des muscles du mollet. La force musculaire au membre inférieur est bien conservée.

Membre supérieur. — Atrophie très marquée de l'éminence thénar, hypothénar interosseux, atrophie très légère de la partie inférieure de l'avant-bras. Radiaux et long supinateur intacts. Diminution de la force musculaire surtout pour la flexion, moins pour l'extension, très nette dans l'opposition du pouce. Extension et flexion de l'avant-bras sur le bras normales. Légère atrophie du trapèze. Muscles de la face, larynx, pharynx, voile du palais et langue normaux. Pas de scoliose.

Légère cyphose commençant aux dernières cervicales descendant jusqu'au milieu de la colonne lombaire.

Motricité. — Légère incoordination. Léger tâtonnement. Pas de crampes ni douleurs à la marche. Troubles de la station. Romberg peu marqué. Oscillations antéro-postérieures peu amples, augmentant quand le malade ferme les yeux.

Réflexes. — Aréflexie ostéotendineuse au membre inférieur. Achilléens et rotuliens abolis. Au membre supérieur, réflexes abolis, sauf légère réponse du triceps. Médiopubien : réponse abdominale, pas de réponse des adducteurs. Cutanés abdominaux, crémastériens, faibles. Ebauche d'extension de l'orteil de deux côtés, pas d'éventail.

Sensibilité. — Pas de troubles de la sensibilité subjective ni objective. (Tactile, douleur, thermique, sensibilité testiculaire conservée). Pas d'astéréognosie. Sens des attitudes segmentaires conservé.

Troubles cérébelleux. — Nous avons déjà parlé des troubles statiques. Les troubles kinétiques sont peu nets. Pas d'adiacocinésie. Légère dysmétrie. Tremblement. Pas de troubles de la parole.

Examen oculaire. — Fond d'œil normal. Pas de paralysie des nerfs moteurs oculaires. Mouvements nystagmiformes, légers dans les positions latérales extrêmes, surtout vers la droite. Pupilles en myosis. Signe d'Argyll. Les pupilles ne se dilatent pas à l'obscurité et se dilatent quand le malade regarde loin.

Pas de troubles dans le territoire d'autres nerfs craniens.

Pas de troubles sphinctériens, ni de fonctions génitales.

Examen général. — Cœur, poumon, foie, rien à signaler.

La radiographie montre un nuage vertébral de spondylose avec ponts multiples.

Le diagnostic du syndrome neurologique est fort difficile.

Le plus prudent serait de s'arrêter à une atteinte médullaire diffuse avec peut-être participation du cervelet d'origine syphilitique, le signe d'Argyll et l'aréflexie pourront être considérés comme des éléments de certitude. Cependant, il faut rappeler que le malade a subi 9 ponctions lombaires toujours négatives. Toutes les réactions sont actuellement négatives dans le sang (W. Meinicke, Kahn).

Les premières ponctions étaient négatives au moment même où la lésion présentait son maximum d'activité. De nombreux auteurs ont montré que le signe d'Argyll n'est pas toujours d'origine spécifique. Il suffit de rappeler les travaux de Guillain (traumatismes et lésions vasculaires des pédoncules, tumeurs de la culotte pédonculaire, syringomyélie, zona). Pour toutes ces raisons, nous estimons qu'on ne doit pas s'arrêter au diagnostic de syphilis diffuse des centres nerveux.

Récemment, Guillain et Sigwald (1) ont attiré l'attention sur une affection spéciale non syphilitique caractérisée par l'aréflexie et le signe d'Argyll et ont rappelé les travaux d'Adie à ce sujet. Les malades de cet ordre sont assez différents de celui que nous présentons.

1° Les troubles pupillaires sont souvent unilatéraux. La pupille atteinte est en mydriase et jamais en myosis, elle réagit très lentement à la lumière (pupille ~~atonique~~). Ce retard se constate aussi dans les réactions à la convergence et à l'accommodation.

2° Dans un certain nombre de cas on constate une abolition des réflexes tendineux.

Les malades de Guillain et Sigwald diffèrent de ceux d'Adie en ce sens que les réflexes à la lumière sont abolis, les réflexes à l'accommodation défectueux. Les pupilles sont en mydriase. Les réflexes tendineux sont également abolis.

Rappelons que notre malade présente un signe d'Argyll avec myosis (les pupilles ne se dilatent pas à l'obscurité) et qu'à l'aréflexie sont associés les pieds bots et d'importantes amyotrophies.

L'absence de troubles de la sensibilité, de l'hypertrophie des troncs nerveux font nettement éliminer le diagnostic de névrite hypertrophique.

Est-ce une maladie de Charcot Marie ? Mais l'atrophie prédomine beaucoup aux membres supérieurs, les membres inférieurs sont peu touchés. On constate une ébauche de syndrome pyramidal et cérébelleux.

Est-ce une maladie de Friedreich ? On a signalé (2) que cette maladie a pu être révélée par une gelure des pieds comme dans notre cas. Mais l'amyotrophie est bien accentuée (quoique Déjérine et certains auteurs aient décrit des formes amyotrophiques), mais les signes cérébelleux sont bien discrets, mais l'Argyll est exceptionnel dans le Friedreich et semble attribué par les auteurs à une syphilis surajoutée.

L'Argyll et l'importance de l'amyotrophie semblent aussi écarter le diagnostic de maladie de Roussy-Lévy.

En conclusion, remarquons qu'un certain nombre d'auteurs ont décrit de nombreuses formes de transition entre toutes ces

(1) GUILLAIN et SIGWALD. — Sur une affection spéciale, non syphilitique, caractérisée par des troubles pupillaires et l'abolition des réflexes tendineux. *Soc. méd. des Hôp.*, 1932, 1^{er} vol., p. 720.

(2) LAIGNEL-LAVASTINE et NOGUÈS. — Maladie de Friedreich révélée par la guerre. *Rev. Neur.*, 1917, p. 297.

maladies nerveuses, habituellement familiales, spécialement entre les maladies le Charcot Marie et Friedreich.

Au point de vue psychiatrique, nous avons simplement voulu souligner, une fois de plus, la présence de troubles mentaux dans les maladies de ce genre, ce qui, à notre avis, prouve que l'atteinte n'est pas si rigoureusement limitée à certains systèmes fonctionnels du névraxe.

Comme nous l'avons déjà souligné dans une autre observation, les troubles mentaux constatés consistent souvent en déséquilibre mental, troubles du caractère, accès cyclothymique, mais d'autres fois on trouve une atteinte intellectuelle originelle. La fréquence et l'importance des troubles mentaux dans les maladies nerveuses familiales ne permettent pas de les considérer comme des accidents fortuits.

Beaucoup de renseignements rapportés dans cette observation nous ont été aimablement fournis par MM. Clovis Vincent et E. Krebs qui ont observé le malade avant nous. Nous espérons qu'ils publieront son observation en complétant avec autorité la discussion neurologique que nous ne pouvons qu'ébaucher.

M. MARCHAND. — Pourquoi parlez-vous de maladie héréditaire ?

M. GUIRAUD. — Pour celui-ci, je n'ai en effet aucune raison, mais chez le premier malade on trouve de l'aréflexie chez la mère.

M. Georges DUMAS. — La sensibilité étant troublée, quel trouble psychologique faites-vous dépendre de ce fait ?

M. GUIRAUD. — J'estime que l'élément proprioceptif apporte sa contribution dans la notion de personnalité. Et les troubles psychologiques que présente ce malade apparaissent lorsqu'il commence à avoir les troubles de l'appropriation.

M. Georges DUMAS. — Mais n'y a-t-il pas d'autres troubles de la kinesthésie qui n'entraînent pas ces modifications du sentiment de personnalité ?

M. GUIRAUD. — Oui et précisément c'est en raison de cette exception que je présente ce malade. L'atteinte doit se faire chez lui à un niveau plus profond que chez les autres malades. Ce cas se rapproche un peu de ceux d'anosognosie de Babinski.

M. Georges DUMAS. — N'y a-t-il pas derrière et à la base un trouble primitif de la personnalité ?

M. René CHARPENTIER. — L'anosognosie, telle que l'a décrite Babinski, n'est pas autre chose que la méconnaissance par le malade de son état maladif. Par exemple, en présence d'un membre paralysé, ce n'est pas son membre que le malade ne reconnaît pas, mais le fait que ce membre est paralysé.

M. Georges DUMAS. — C'est d'ailleurs ce qu'indique étymologiquement le nom donné à ces troubles par Babinski.

M. GUIRAUD. — Si Babinski, quand il a parlé d'anosognosie, voulait désigner par ce mot la méconnaissance de l'hémiplégie par le malade, l'examen de malades de cet ordre montre qu'ils présentent d'autres symptômes, en particulier qu'ils ne reconnaissent pas comme leur appartenant leur membre malade (Barré, *Revue Neurologique*, 1933, tome I, page 500).

Maladie de Pick (*Présentation de pièces anatomiques*),
par MM. P. GUIRAUD et M. CARON. *

Nous apportons aujourd'hui le cerveau d'un malade qui avait, de son vivant, été présenté deux fois à la Société Médico-Psychologique : en février 1931 par nous-mêmes (1) et en mars 1930 par l'un de nous et Mlle Le Cannu (2).

Entré à l'Asile de Villejuif en juin 1929, à 55 ans, il y est décédé en mars 1932.

Durant la première année de son séjour, il présenta un syndrome démentiel dont les symptômes essentiels étaient :

- l'amnésie rétro et antérograde, qui réduisait au minimum l'activité psychique ;
- le rétrécissement de l'espace et du temps, qui faisait vivre le malade dans un perpétuel présent ;
- l'euphorie avec défaut d'étonnement ;
- la persévération des états affectifs, des idées et des formules verbales.

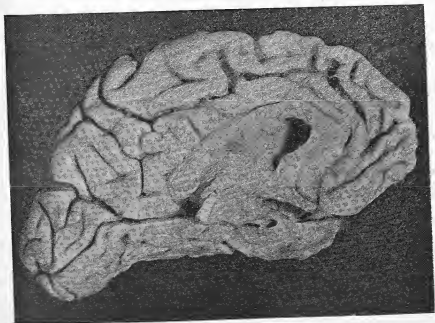
La démence s'est rapidement accentuée ; les idées stéréotypées que le malade répétait sans cesse se sont évanouies peu à peu, les notions d'espace et de temps qui existaient encore au début pour le

(1) P. GUIRAUD et M. CARON. — Syndrome démentiel présénile avec écholalie. (Parenté avec les syndromes pseudo-bulbaire et catatonique). *Soc. méd.-psych.*, séance du 12 fév. 1931.

(2) M. P. GUIRAUD et Mlle Y. LE CANNU. — Syndrome démentiel présénile avec atteinte du liquide céphalo-rachidien. *Soc. méd.-psych.*, séance du 24 fév. 1930.



CERVEAU DU MALADE V
face externe.



CERVEAU DU MALADE V
face interne.

UN CAS DE MALADIE DE PICK
(Guiraud et Caron)

présent immédiat ont presque entièrement disparu. Le malade parla de moins en moins. D'abord, survint une palilalie simple typique; progressivement, elle fit place à l'écholalie. Il y avait aussi échographie et paligraphie verbale et littérale.

En même temps s'établissaient progressivement des troubles de la mimique; quand on attirait l'attention du malade, son visage prenait une expression étrange intermédiaire entre le rire et le pleurer.

Cet ensemble de symptômes: itérations, troubles de la mimique, tendance au mutisme, présentait avec certains symptômes de la série catatonique, comme avec certains phénomènes pseudo-bulbaires et parkinsoniens, une analogie sur laquelle nous avons insisté au cours de la seconde présentation.

Dans la dernière année de son séjour, le malade, immobile et indifférent, muet et complètement apsychique, fut réduit à une vie purement végétative. Son faciès était absolument inexpressif, immobile et amimique. Un amaigrissement progressif l'amena à un état de cachexie profonde qui progressa rapidement jusqu'à la mort.

A l'autopsie, on constata l'atrophie cérébrale, plus marquée au niveau de l'hémisphère gauche que de l'hémisphère droit, mais surtout localisée aux pôles temporaux et frontaux, dont les parties antérieures très retrécies se distinguent d'une façon tranchée (comme coupées au couteau) des régions postérieures. Les circonvolutions y sont extrêmement étroites, séparées par de profonds sillons.

Par contre, les circonvolutions frontales ascendantes et pariétales ascendantes sont bien conservées.

Poids de l'encéphale: 1.155 gr.

Poids du cervelet, du bulbe et de la protubérance: 175 gr.

Poids de l'hémisphère gauche: 475 gr.; de l'hémisphère droit: 505 gr.

Par ailleurs, on notait un certain œdème méningé (méninges épaisses, adhérentes) et une distension ventriculaire.

Au point de vue histologique, les éléments essentiels étaient: une prolifération névroglique assez générale, gagnant les couches moyennes dans les régions atrophiées (prolifération de l'oligodendrogliose et de la macroglie dans la substance blanche).

Des plages de disparition presque complète, en clairières, des cellules pyramidales au niveau de la 3^e couche.

Des altérations des cellules nerveuses: ratatinement, dégénérescence vacuolaire dans les parties non-ratatinées; cellules quelquefois renflées en utricule. Dans certaines zones, altérations des neurofibrilles (irrégulières, fragmentées en chapelet), ne répondant pas à l'altération caractéristique d'Alzheimer. Pas de sphérules argento-philés. Plaques séniles rares et minuscules dans l'écorce frontale.

Les noyaux gris centraux sont nettement atrophiés, mais histologiquement moins atteints que la corticalité.

Dans toutes les régions, la richesse du tissu en lipoides était considérable.

Syndrome d'imitation du nourrisson (trophimomimie) d'allure hystérique chez une démente précoce en évolution. (Contribution à l'étude des manifestations hystériques dans la démence précoce), par MM. R. DUPOUY, A. COURTOIS et André P. L. BELEY.

C'est surtout en raison de son caractère pittoresque que nous présentons l'observation suivante :

Mlle C. Rolande, 18 ans, entre pour la troisième fois au service d'observation de l'Hôpital Henri-Rousselle, le 6 février 1934.

Voici très brièvement résumée l'histoire de la malade :

Père éthylique. Mère illettrée. Rolande est née à terme après deux enfants morts de méningite en bas-âge. Son premier développement a été normal ; elle a parlé de bonne heure, a marché à 11 mois. Il n'y aurait rien à signaler jusqu'à l'âge de 6 ans : elle est alors devenue nerveuse et maniérée, sauvage et peu sociable, jouant sans cesse à la poupée.

Elle a été à l'école et n'a pas eu le certificat d'études.

Elle s'occupait au ménage chez elle, puis suivit des cours pour être infirmière. Avant l'apparition des accidents actuels, elle a été, pendant un mois, employée dans une crèche. C'était la réalisation de son désir de fillette : jouer à la poupée avec des enfants.

Fait important : elle présenta, avant l'apparition des accidents, vers 15 ans, un état méningé fébrile, avec perte de connaissance, vomissements et troubles sphinctériens. Le tout aurait duré une à deux semaines. A signaler, en outre, une pleurite de l'adolescence.

Le premier accident grave date de mai 1932 : sans motif apparent, dans la rue, elle « tombe par terre, s'agite et se met à crier comme un nourrisson ». Amenée à Bichat, et mise huit jours en observation, on ne porta aucun diagnostic précis.

Les crises « nerveuses » continuent à apparaître cependant, très légères, à l'occasion des règles ; il y a perte alléguée de la connaissance avec mouvements convulsifs peu marqués pendant une heure environ, et ne s'accompagnant ni de miction involontaire, ni de morsure de la langue.

En outre, les manifestations « enfantines », comme dit la famille, persistent. Elles débutent par du hoquet et du brouillard devant les yeux : la malade se met à pleurer, à pousser des vagissements, pendant une à deux heures. Ou bien, elle tète son pouce et perd, dit-elle, conscience de sa personnalité.

En dehors de ces périodes, la malade est calme, lucide, mais devient de moins en moins active. Elle a fait trois fugues.

Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn du sang : négatifs.

Le liquide céphalo-rachidien aurait été trouvé normal à une ponction pratiquée au début des troubles mentaux en 1932.

Les examens oculaires et auriculaires n'ont rien montré d'anormal, de même une radiographie pulmonaire.

Niveau mental (quotient d'intelligence : 64), dans la zone de la débilité simple.

La malade, qui ne peut être conservée dans un hôpital général ni dans sa famille, a été internée deux fois déjà.

Depuis le mois de janvier dernier, elle était hospitalisée à Bicêtre, mais on n'a pu l'y garder, en raison de ses cris.

Elle nous est revenue il y a deux jours, roulée dans une voiture, poussant des cris inarticulés, pantelante, ou s'opposant à tout examen et à tout soin. Vous la voyez dans le même état : elle suce son pouce ou une tétine, se met à pousser des « piailllements » de nourrisson, à la moindre contrariété ou dès qu'on lui retire la tétine.

Quand la sucette tombe, les cris recommencent, il y a une agitation mal coördonnée des pieds et des mains tout à fait comparable à celle d'un nourrisson.

Dans les périodes de calme, attitudes d'un enfant au biberon. La physionomie est inexpressive, sans mimique ; l'aspect indifférent. Mouvements de succion et de tétée.

Entre les accès de cris et de mouvements, la malade reste totalement inerte, ne répondant à aucune question, à aucune incitation : les yeux clos, elle respire d'une façon superficielle et rapide. Gâtisme urinaire seul, crie lorsqu'elle est mouillée, se tait après avoir été changée. Elle prend plaisir à boire au biberon. Soulevés, les membres hypotoniques retombent lourdement et sont d'une flaccidité remarquable. Les crises surviennent surtout au moment des règles et durent plusieurs heures, même plusieurs jours avec des intervalles calmes.

Lorsque la crise est finie, la malade reste tranquille pendant quelques semaines, et parle de façon cohérente avec une intonation normale. Elle ne fournit d'ailleurs aucune explication sur son comportement pendant les « crises ». Elle dit seulement en être très ennuyée et n'en pas conserver de souvenir précis.

A l'examen, il s'agit d'un sujet petit, dysplasique, très adipeuse, ne présentant pas de signes d'arrêt de développement génital (pilosité et seins normaux). Elle est bien réglée.

Pas de déformation physique. Pas de stigmate dentaire. Réflexe cutané plantaire en flexion. Pupilles en mydriase, égales. Pas de troubles sensitifs objectifs. Mais il paraît exister une aréflexie tendineuse générale, retrouvée à des examens répétés.

En vous présentant cette malade, nous avons surtout voulu le faire comme curiosité.

Nous laissons à un confrère psychanalyste le soin de nous

expliquer — tâche apparemment facile pour lui — ce retour au stade de nourrisson.

Et nous soumettons brièvement à votre discussion quelques hypothèses :

S'agit-il d'une sorte d'ecmnésie, portant sur une longue période du développement de la personnalité, ramenant cette jeune fille au stade du premier âge et de l'allaitement, et que manifestent son attitude, ses cris inarticulés et tout un comportement involontaire ? Nous éliminons cette hypothèse et voyons au contraire dans le comportement si curieux de cette jeune fille une imitation plus ou moins consciente et volontaire d'un nourrisson sous l'influence peut-être d'une idée fixe telle qu'on en décrivait autrefois dans l'hystérie.

Mais le point le plus intéressant est l'association de ce syndrome de trophimomimie à un état d'affaiblissement intellectuel. Cet affaiblissement nous paraît devoir être classé dans le vaste groupe de la démence précoce, et l'on connaît bien d'ailleurs les manifestations hystériformes qui en marquent assez fréquemment le début clinique.

Rappelons enfin l'importance du rôle de l'état méningé survenu vers 15 ans, chez une débile hérédéo-alcoolique, dans l'apparition de ces accidents.

Modifications du liquide céphalo-rachidien dans un cas de délire hallucinatoire, par MM. A. COURTOIS et A. BELEY.

Les modifications du liquide céphalo-rachidien commencent à être assez bien connues dans les maladies mentales. En exceptant les cas d'affections cérébrales aux lésions histologiques classiques — paralysie générale, artériopathie cérébrale, tumeurs — on sait que des encéphalites aiguës, encéphalite épidémique, encéphalites psychosiques azotémiques primitives ou secondaires s'accompagnent avec une certaine fréquence de modifications liquidienues où domine une leucocytose souvent isolée.

Dans les cas d'encéphalites psychosiques chroniques qui font suite aux encéphalopathies convulsives ou délirantes du jeune âge et réalisent souvent des syndromes d'affaiblissement intellectuel, type démence précoce, des troubles liquidienus s'observent dans 15 % environ des cas quand apparaissent les premiers symptômes de l'affection psychique.

Comme dans les cas de confusion mentale toxi-infectieuse c'est alors la lymphocytose que l'on observe le plus souvent.

Au contraire, dans les états dépressifs, notamment dans certains syndromes chroniques, il existe une augmentation du taux de l'albumine céphalo-rachidienne sur l'interprétation de laquelle d'ailleurs l'accord est encore loin d'être réalisé.

On sait aussi le syndrome liquidien des psychoses toxiques, notamment au cours de l'alcoolisme chronique.

Il reste donc dans la psychiatrie de l'âge adulte deux grands syndromes où le liquide céphalo-rachidien paraît habituellement normal. Ce sont les états d'excitation que la plupart des auteurs rapportent actuellement à la psychose périodique d'une part, d'autre part les délires hallucinatoires chroniques. Mais encore ces délires hallucinatoires d'évolution prolongée, où domine d'habitude le thème de persécution sont loin de constituer une entité nosologique comme nous essayerons de le montrer dans une étude ultérieure. Cependant, quelle que soit leur allure clinique, le liquide céphalo-rachidien se montre dans ces cas le plus souvent normal.

C'est pourquoi nous rapportons aujourd'hui l'observation d'une malade de 42 ans qui présente, depuis 4 ans, un délire de persécution et dont le liquide céphalo-rachidien présente des modifications importantes.

Mme B., de nationalité anglaise, entre le 20 janvier 1934 au service d'observation de l'hôpital Henri-Rousselle.

Père mort à 81 ans, mère morte à 38 ans, peu après la naissance de la malade, de complications puerpérales, semble-t-il.

Deux sœurs mortes de tuberculose pulmonaire et une autre de grippe. Deux sont bien portantes. La malade a une fille, âgée de 28 mois, bien portante. Elle-même n'a présenté, — à sa naissance, — aucune maladie grave du jeune âge, pas de convulsions, ni de délire. Un seul antécédent important à retenir. C'est une tuberculose manifestée à 31 ans, — soit il y a une dizaine d'années, — par une hémoptysie abondante. Traitement en sanatorium pendant 8 mois.

Pas d'intoxication connue, pas d'alcoolisme.

Début des troubles hallucinatoires il y a 4 ans. Aux dires du mari, des rémissions seraient survenues deux fois quand la malade retourna pendant quelques semaines en Angleterre. En fait, les phénomènes hallucinatoires et les idées de persécution n'ont guère varié depuis le début et ce sont les réactions récentes (plaintes aux autorités, démarches auprès des voisins, menaces d'homicide et de suicide), qui motivent l'admission.

A l'entrée, agitation très intense pendant 24 heures. Essais de fuite. Violences. Puis, la malade se calme. Elle répond aux questions, avec une certaine bienveillance hautaine, du maniérisme et parfois des incohérences et des néologismes. La mémoire est conservée, l'orientation bonne.

Cependant, l'interrogatoire n'est pas toujours facile à cause d'une grande volubilité des propos, de l'inattention, et aussi des arrêts brusques pour répondre aux voix, aux ordres. Elle est, depuis 4 ans, victime de la police des ondes. On lui parle à distance, on l'insulte. On dit par voix d'onde qu'elle est syphilitique et blennorragique de naissance. On lui donne des ordres, on la fait rire et pleurer. On raconte que son enfant subit aussi les ondes, on lui donne des stupéfiants. On lui a ordonné de le tuer. Il existe par intermittence des hallucinations visuelles. La malade dit avoir vu la Sainte-Vierge et le Seigneur. Quand Dieu lui est apparu, une voix lui a ordonné de couper en morceaux un tapis de valeur pour que Dieu puisse descendre sur terre. Mais elle a compris qu'on se moquait d'elle, que Dieu ne pouvait pas lui apparaître et elle n'a pas exécuté l'ordre hallucinatoire.

Mauvaises odeurs plus souvent que parfums.

Au début, elle a reçu sur le corps des piqûres électriques. On a essayé aussi de la tirer en « des espèces de photographie » sans y réussir. C'est sans doute avec des appareils puissants qu'on parle et qu'on agit sur elle par ondes à distance. Dit les subir moins violemment depuis qu'elle est à l'hôpital. C'est par méchanceté bête qu'on lui fait tout cela.

Désigne plusieurs des persécuteurs, la concierge et surtout un dentiste qui l'insulte grossièrement parce qu'il la désire et qu'elle s'est refusée à lui. C'est un « misérable être ». Mais beaucoup d'autres sont complices. Ils veulent lui enlever le moral, comme ils sont très puissants la police en a peur. Elle a bien compris cela lors des démarches répétées au commissariat. Plainte à la concierge, et chez le dentiste accusé. A pensé au suicide pour échapper, mais les ondes s'amusaient à lui ordonner le suicide (noyade), puis à le lui défendre. Velléité d'étranglement de son enfant pour le protéger contre les ondes. Exaltation véhémement dès qu'elle parle des ondes, réclame des explications précises.

Les sentiments affectifs normaux sont très troublés, indifférence à son ménage, à son enfant. Depuis son entrée, désintérêt global, reste habituellement au lit, plongée dans son autisme hallucinatoire, en conversation continue avec les ondes (bizarrerie du comportement et des propos).

Elle ne fraie pas avec les autres malades qu'elle juge bien inférieures. Réactions impulsives passagères. Elle frappe son mari au moment des visites, l'accusant de prendre le parti des persécuteurs. Elle reconnaît avoir fait du scandale chez le dentiste, avoir réclaté des explications à la police, avoir tenté de mourir et de tuer son enfant, mais ne manifeste à cette occasion aucune émotion et aucun regret. S'alimente bien. Sommeil normal. Apyrexie.

Examen physique. — Femme blonde longiligne; poids: 45 kgr. 400; taille : 1 m. 54.

Poumons et cœur normaux.

Réflexes tendineux vifs, égaux.

Aucun signe méningé clinique.

Examens oculaire et auriculaire normaux. Tension artérielle, 11-8 (Vaquez).

Urines : pas d'éléments anormaux.

Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs dans le sang ; Vernes à la résorcine : 8.

Examen, liquide céphalo-rachidien (21-1-34) : liquide clair, tension: 44 (assise). Albuminose à 0,55. Pandy : +. Weichbrodt : 0. Leucocytose : 12 (cellule de Nageotte). Benjoin : 00000.02222.00000. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Seconde ponction de contrôle (29-1-34), albumine : 0,55. Leucocytes : 6. Vernes (résorcine) : 11.

En résumé, il s'agit d'une femme de 42 ans qui présente, depuis l'âge de 38 ans, un syndrome hallucinatoire avec idées de persécution assez fixes, mais plutôt stéréotypées que solidement organisées.

D'autre part des éléments d'affaiblissement intellectuel sont présents, inactivité progressive, désintérêt qui tend à devenir global, discordances, maniérisme, tendance aux néologismes.

Bien qu'il n'existe aucun signe méningé clinique, la ponction lombaire, montre à deux examens successifs une albuminose autour de 0,55 et une lymphocytose qui a varié entre 6 et 12 éléments par mm³.

S'il paraît légitime de rapporter à une même cause le délire et la réaction méningée humorale, sans doute témoin d'une atteinte méningo-corticale, il nous faut avouer que nous ignorons tout de cette cause elle-même. La syphilis n'est pas en jeu.

Nous n'avons pas la notion d'une atteinte encéphalopathique aiguë du jeune âge.

Il n'existe pas de signes d'une infection aiguë ou chronique des cavités osseuses cranio-faciales.

Seule la tuberculose pulmonaire manifestée par une hémoptysie à 31 ans serait à retenir. D'ailleurs notre malade présente bien l'habitus tuberculeux et deux de ses sœurs sont mortes de bacillose pulmonaire.

Cependant il n'existe actuellement pas de signes cliniques ou radiologiques d'un processus pulmonaire évolutif. La réaction de Vernes à la résorcine est négative dans le sang (8) et dans le liquide céphalo-rachidien (11).

On connaît pourtant depuis longtemps d'une part les états méningés cliniques et liquidiens curables d'origine tuberculeuse

(Claisse et Abrami) (1). Ces faits seraient d'ailleurs, surtout fréquents chez les enfants (H. Barbier et Gougelet) (2). D'autre part l'examen histologique du névraxe de tuberculeux cavitaires montre parfois des scléroses méningées restées silencieuses pendant la vie (Tinel et Gastinel) (3).

Enfin, un certain nombre d'aliénés sont tuberculeux, mais il est bien difficile par la seule expérimentation d'apporter la preuve que la tuberculose, affection si fréquente est bien la cause des symptômes psychiques.

Quant aux modifications albumino-cytologiques du liquide, chez des tuberculeux présentant des troubles mentaux — en dehors de la méningite tuberculeuse classique — les cas signalés restent rares.

Rappelons cependant parmi les faits récents, l'observation de M. Badonnel et G. d'Heucqueville qui concerne une tuberculeuse cavaire en évolution présentant un délire hallucinatoire à début récent, accompagné d'une légère réaction méningée humorale (6 leucocytes par mm^3).

Pourtant dans notre observation actuelle, rien de précis ne nous autorise à affirmer l'origine tuberculeuse des modifications liquidiennes et des accidents mentaux. Et c'est seulement à titre d'hypothèse que nous avons soulevé cette question.

Toutefois cette observation apporte un fait précis intéressant, la coïncidence de modifications encore très notables du liquide céphalo-rachidien et d'un délire hallucinatoire qui évolue depuis 4 ans déjà et s'accompagne de symptômes d'affaiblissement intellectuel.

Evolution schizophrénique et colibacillose puerpérale, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, Georges d'HEUCQUEVILLE et Paul GUILLY.

La question des psychoses colibacillaires préoccupe assez aujourd'hui l'opinion médicale pour que chaque observation, dans laquelle se trouvent réunis une infection colibacillaire et des accidents mentaux, mérite d'être apportée en contribution à l'édifice des faits cliniques.

(1) CLAISSE et ABRAMI. — Un cas de méningite tuberculeuse terminée par la guérison. *Soc. méd. Hôp. Paris*, 12 mai 1905.

(2) H. BARBIER et GOUGELET. — Episodes tuberculeux méningés, curables chez les enfants. *Soc. méd. des Hôp.*, 1^{er} décembre 1911.

(3) TINEL et GASTINEL. — Les états méningés des tuberculeux. *Rev. de Médecine*, avril 1912, p. 241.

Mme B., âgée de 30 ans, a été adressée au pavillon psychiatrique de la Pitié par la Maternité. Elle y avait été transportée d'urgence, après un travail prolongé à son domicile, et accouchée au forceps, le 20 décembre dernier. (Grossesse assez pénible. Vomissements abondants. Albuminurie).

L'opération avait été conduite au milieu d'un état infectieux grave. Fièvre : 40°8. Pouls : 160. Syndrome infectieux qui s'amende d'ailleurs rapidement : la température est redevenue normale le 6^e jour. Urines purulentes, très fétides, contenant de nombreux colibacilles, à partir desquels, malheureusement, l'on n'a pu, à la Maternité, préparer des toxines. Hémoculture négative.

C'est le 7^e jour, que, la malade devenant agitée et confuse, elle fut transférée de la Maternité au pavillon psychiatrique. L'obnubilation est marquée : la malade refuse l'alimentation, ne répond pas aux questions, et concentre, immobile, l'œil fixe, son esprit sur la contemplation d'un cauchemar, qu'elle décrira dans la suite.

Quelques jours plus tard, l'obnubilation a disparu. La malade paraît calme, présente, lucide. Mais elle est devenue réservée, répond difficilement même aux questions banales, regarde l'entourage avec méfiance. Elle semble la proie d'un sentiment diffus d'étrangeté.

La symptomatologie se complète peu à peu. Le 5 janvier, apparaissent des rires discordants : la malade jette autour d'elle des regards faux, se détourne vers son oreiller, éclate de rire. Le rire ne s'éteint que pour reprendre à propos d'une nouvelle sollicitation. Mutisme presque constant. Réticence. Troubles affectifs profonds : indifférence pour son nouveau-né, colères véhémentes et injustifiées lors des visites de son mari.

La malade résiste à l'alimentation et aux soins. Résistance dans les mouvements segmentaires passifs. Mais on n'observe aucun élément catatonique caractéristique, suggestibilité, stéréotypies, etc...

Bien que Mme B. se prête mal aux épreuves psychologiques, on se convainc sans peine que ses fonctions intellectuelles demeurent intactes. L'examen physique montre des réflexes tendineux tous vifs, un certain déséquilibre dans l'appareil circulatoire : tension artérielle : 16/8 ; pouls : 56 ; chiffre qui s'élève à 72 à la suite d'une pression exercée sur les globes (réflexe oculo-cardiaque), et à 68 à la suite d'une pression solaire, les oscillations étaient peu diminuées d'amplitude (ces réactions anormales ne se sont guère modifiées par la suite). Tendance à l'exophtalmie. Métabolisme de base augmenté de 13 %.

L'examen bactériologique des urines ne montre plus de colibacilles, mais seulement des germes d'observation banale (Cocci à Gram négatif).

Bref, à cette date, 15 jours après l'infection obstétricale et la décharge colibacillaire, notre malade s'était dégagée des accidents aigus puerpéraux. Mais elle présentait des signes déjà caractérisés, laissant craindre l'évolution vers l'hébéphrénie confirmée.

Il était donc indiqué, pour tenter d'enrayer cette évolution; d'appliquer la thérapeutique utilisée avec succès par certains auteurs (1) dans un syndrome catatonique coïncidant, comme dans notre cas, avec une infection colibacillaire : la sérothérapie par la méthode de Vincent. La malade a reçu une première série de 4 injections sous-cutanées quotidiennes de 40 centimètres cubes de sérum de Vincent, soit 160 centimètres cubes. Cette série n'ayant pas apporté, on le verra, de modifications sensibles, nous avons repris les injections, 15 jours plus tard, pour atteindre les doses considérables auxquelles avaient eu recours les auteurs cités. La malade ne les a pas encore reçues d'ailleurs à ce jour.

Mais l'évolution redoutée ne semble pas avoir subi d'arrêt. La malade est devenue impulsive. Souvent, elle jette au loin les aliments qu'on lui apporte. Elle se sauve en chemise dans le bureau de la surveillante. Elle refuse de se laisser conduire auprès de son enfant.

De ces actes elle donne parfois, entre deux périodes de mutisme, des explications délirantes. « A la Maternité, toutes choses offraient un caractère étrange et fantastique. Des araignées géantes l'entouraient. Les infirmières la désignaient au mépris général, en répétant : « C'est une malpropre », appréciation d'ailleurs assez juste. Elle ne peut cependant dire toute la vérité, qui est trop honteuse. »

« Son enfant n'a pas vécu, elle le sait ; c'est pourquoi elle ne veut pas aller le voir. D'ailleurs, elle croit bien avoir perdu la direction de ses actes : elle ne sait notamment pourquoi on lui a suggéré de s'enfuir dans le bureau de la surveillante. » Sa réticence ne permet guère de rapporter avec certitude les troubles accusés à un syndrome psycho-sensoriel ou à un syndrome d'influence.

Sous l'action de la scopolamine (une heure et demie après une injection de 1 milligramme, 5 ; légère dilatation pupillaire, sécheresse marquée de la gorge), la malade extériorise une nuance affective franchement anxieuse. Tendance à la conservation des attitudes. Mimique inquiète, instable, froncements dramatiques des sourcils. « C'est affreux, gémit-elle. J'ai peur, j'ai trop peur ; vous êtes des bourreaux..., ils sont là, tous, qui me regardent menaçants... » On ne provoque aucune réaction particulière en évoquant l'idée du mari et de l'enfant.

Donc, l'évolution de notre malade vers l'hébéphrénie se dessine de plus en plus. Mais cette évolution semble avoir débuté bien avant les accidents aigus puerpéraux. Mme B., d'abord, porte une hérédité chargée : sa mère l'a mise au monde à l'âge de 46 ans ; elle a présenté à cette occasion des troubles mentaux graves, qui ont nécessité son internement dans un asile, où elle est morte 5 ans plus tard.

Il résulte des renseignements recueillis que Mme B. se comportait avant sa grossesse comme une personne nerveuse et singulière. Son

(1) BARUK et DEVAUX. — Catatonie grave colibacillaire. *Ann. méd.-psych.*, XCI, t. II, n° 4, p. 509, nov. 1933.

mari décrit des colères violentes, au cours desquelles elle se roulait à terre en trépignant. Il avait remarqué que ces crises éclataient inopinément, et que la malade, dans la suite, ne paraissait en conserver aucun souvenir.

A ces crises, qui paraissaient étrangères à la personnalité habituelle de la malade, ne doit-on pas attribuer la signification de raptus, témoins d'une dissociation psychique latente ? Certes, avant l'accouchement, le rire discordant, les impulsions violentes, n'avaient pas été observée par le mari. Mme B... conservait une activité suffisante pour tenir son ménage dans un baraquement de banlieue. Mais, depuis longtemps, son comportement n'en était pas moins anormal, puisqu'il avait été remarqué comme tel par un entourage d'un niveau intellectuel assez inférieur.

Aussi est-il vraisemblable que la flambée colibacillaire (qui n'avait jamais été précédée d'accidents relevant de la même étiologie, notamment de pyélonéphrite), n'ai pas joué un rôle exclusif dans la genèse des troubles psychiques observés aujourd'hui. Ceux-ci préexistaient en germe. L'infection, le syndrome onirique, qui l'a suivie, semblent avoir agi comme un réactif, qui les a révélés et les a fixés. De ce point de vue, notre observation mérite d'être rapprochée de celles qui ont été publiées, dans lesquelles, au contraire, la colibacillose et la psychose soutenaient des rapports de cause à effet.

L'épaississement diffus post-traumatique du crâne : note préliminaire (*Travail de l'hôpital Henri Rousselle*), par MM. A. MISSET et A. F. LIBER.

Depuis près d'un an et demi, nous avons eu l'occasion, à l'hôpital Henri Rousselle, de faire des radiographies d'un assez grand nombre de traumatisés du crâne (83) avec ou sans fracture connue. La majorité des traumatismes date de la guerre, mais beaucoup sont plus anciens ou plus récents.

Or, nous avons été frappés par un fait qui, à notre connaissance, n'a pas encore été décrit. C'est l'*épaississement diffus du crâne*. Ce phénomène est particulièrement bien démontré par les cas où l'on peut retrouver sur le cliché une perte de substance bien limitée de l'os. On voit que l'épaississement osseux n'a, en général, aucun rapport de proximité avec la fracture : il se produit *à distance*. Plus rarement il est limité à un os de la voûte.

Dans la grande majorité des cas, la *topographie* de l'épaissis-

sement est la même. La *voûte* est atteinte de préférence, rarement la base. La région sellaire peut même être amincie par endroits, comme usée.

L'épaississement frappe souvent la protubérance occipitale externe, dont la saillie est exagérée. Un des caractères les plus constants est le *rétrécissement du sinus frontal* — rétrécissement surtout aux dépens de l'angle supérieur.

A ce niveau, on voit que les deux tables sont, d'ordinaire, épaissies. Ailleurs, le rôle de chaque table est plus difficile à distinguer dans l'opacité généralisée.

Les sillons vasculaires paraissent, en général, respectés dans leur forme et leur calibre. Ils semblent souvent exagérés par contraste avec l'opacité qui les entoure.

A l'épaississement, s'ajoute constamment une densification.

Cliniquement, ces malades présentent des troubles divers. Beaucoup sont des alcooliques, ce qui n'a rien d'étonnant, car on connaît bien l'alcoolisme des traumatisés du crâne et leur fragilité neuro-psychique envers le toxique. Une pathogénie possible de cet alcoolisme a été exposée par l'un de nous avec Pichard (1).

D'autres traumatisés du crâne sont hospitalisés pour des troubles psychiques indépendants du traumatisme, tout au moins en apparence : psychoses syphilitiques, psychoses périodiques, psychasthénie, etc. Mais, quel que soit le tableau clinique, par ailleurs, tous se plaignent spontanément de l'ensemble imprécis mais caractéristique du syndrome subjectif des traumatisés du crâne de Pierre Marie (dont la pathogénie reste mystérieuse) : céphalées paroxystiques, éblouissements, vertiges, dysmnésie, aprosexie, etc. Ces derniers troubles peuvent d'ailleurs être appréciés avec une certaine objectivité par des épreuves qui, assez souvent, révèlent l'ensemble qui constitue, pour l'un de nous (2), le début de démence dysmnésique : insuffisance de l'aperception, dysmnésie oscillante d'évocation spontanée.

Les oscillations psychiques sont particulièrement marquées chez nos traumatisés, un fait qui caractérise d'ailleurs toute leur activité et occasionne souvent les troubles émotifs et sociaux qui les amènent à l'hôpital. En outre, certains ont de l'épilepsie, de l'hémiplégie, etc.

Or, il arrive que, même en dehors de toute possibilité de gain

(1) H. PICHARD et A. LIBER. — Ethylisme et polydipsie. Lésion de la selle turcique. Traumatisme ancien. *Ann. méd.-psych.*, janvier 1933.

(2) A. LIBER. — Les troubles de la mémoire de fixation chez les déments. *Thèse de Paris*, 1933.

(pension, etc.), les troubles *s'aggravent* graduellement longtemps après le traumatisme, parfois après une amélioration de quelques mois ou de quelques années. Ces cas correspondent constamment à un épaississement diffus de la voûte: Dans un cas, pourtant ancien (fracture frontale en 1917), nous avons pu constater, au cours de 8 mois, une accentuation notable de l'épaississement, coïncidant avec une période d'aggravation clinique.

La sélection de nos sujets — les psychopathes — ne permet évidemment d'établir ni la fréquence de l'épaississement diffus de la voûte parmi les traumatisés du crâne, ni la fréquence des troubles neuro-psychiques parmi les épaissis de la voûte. Mais il nous semble acquis que certains traumatismes crâniens — et ils sont nombreux — donnent lieu à l'épaississement diffus, souvent à longue échéance, et que l'aggravation progressive des troubles subjectifs et déficitaires peut être en rapport avec les progrès de l'épaississement.

Les conditions étiologiques, l'évolution et les caractères anatomiques de cette affection font l'objet d'études détaillées qui paraîtront ultérieurement.

M. SCHIFF. — La question de l'hyperostose frontale localisée ou diffuse et symptomatique d'un traumatisme antérieur est extrêmement complexe. Ce n'est pas toujours qu'on peut mettre en cause une atteinte infundibulo-tubérienne. La syphilis, tant héréditaire qu'acquise, peut, à elle seule, créer des épaississements semblables.

Je compte publier prochainement trois observations qui montreront que la question n'est pas encore au point.

La séance est levée à midi.

Le Secrétaire des séances,

Paul ABÉLY.

Séance du Lundi 26 Février 1934

Présidence : M. Roger MIGNOT, président

En l'honneur de S. M. Albert I^{er}, Roi des Belges

M. Roger MIGNOT, *président*. — En ouvrant la séance, je pense, Messieurs, que vous serez d'accord avec moi pour demander à notre secrétaire général de faire savoir à nos collègues belges que nous prenons part au grand deuil national qui vient de les frapper et que nous leur exprimons à cette occasion les sentiments de sympathie qui nous unissent.

M. René CHARPENTIER, *vice-président du Congrès des aliénistes et neurologistes*. — Messieurs, en l'absence du D^r LAGRIFFE, *président*, et au nom du Bureau du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, je m'associe aux paroles que vient de prononcer M. Mignot. LL. MM. LE ROI ALBERT I^{er} et LA REINE ELISABETH nous ont fait le grand honneur d'accorder leur *Haut-Patronage* aux sessions que tint le Congrès, à Bruxelles, en 1924, à Anvers en 1928. Le Gouvernement Belge a bien voulu inviter le Congrès à tenir en 1935 une nouvelle session à Bruxelles. Nombreux sont les collègues belges qui font partie de notre Association. Tous, nous nous associons à leur deuil et pleurons avec eux le Grand Roi qui sut être à la fois pendant la guerre un Héros, et pendant la paix l'esprit le plus ouvert aux progrès de l'Hygiène et de la Justice sociales.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 11 janvier 1934 et le procès-verbal de la séance du lundi 22 janvier 1934 sont adoptés.

Correspondance

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le D^r TOULOUSE, *membre titulaire*, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le D^r MARTIMOR, *membre correspondant national*, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le D^r LERAT, médecin-chef à l'asile de Lafond, à La Rochelle (Charente-Inférieure), *membre correspondant national* de la Société, qui pose sa candidature à la place de membre titulaire non résidant déclarée vacante le 19 décembre 1933, et pour laquelle l'élection a été fixée à la séance du lundi 23 avril 1934 ;

une lettre de M. le D^r André LE GRAND, professeur de Physiologie à la Faculté Libre de Médecine de Lille, médecin-chef de l'asile de Lommelet (Nord), qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* ; la Société désigne une Commission composée de MM. GUIRAUD, LHERMITTE et VIGNAUD, rapporteur, pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du lundi 23 avril 1934 ;

une lettre de M. le D^r Vicente DIMITRI, professeur de neurologie à la Faculté de Médecine de Buenos-Aires, chef du Service de Neurologie de l'hôpital T. de Alvear, qui demande à faire partie de la Société au titre de *membre associé étranger* ; la Société désigne une Commission composée de MM. Georges DUMAS, Roger MIGNOT et René CHARPENTIER, rapporteur, pour l'examen de cette candidature : le vote aura lieu à la séance du lundi 23 avril 1934.

Commission d'examen des candidatures à une place de membre titulaire

Sont désignés pour faire partie de cette Commission : MM. AUBRY, CEILLIER, DIDE, LAUZIER et WAHL. Suivant une décision antérieure de la Société, l'élection aura lieu le lundi 23 avril 1934.

Dates des séances du mois de Mai

Le deuxième jeudi de mai étant jour férié, la Société décide que les séances du mois de mai 1934 auront lieu le *jeudi 17 mai* et le *lundi 28 mai*.

Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. Xavier ABÉLY, au nom d'une Commission composée de MM. H. CLAUDE, VURPAS et X. ABÉLY, rapporteur, sur les titres de M. le D^r Louis CORMAN, il est procédé au vote :

Nombre de votants	23
Majorité absolue	12

A obtenu :

M. le D ^r Louis CORMAN	23 voix.
---	----------

M. le D^r Louis CORMAN est élu *membre correspondant national* de la Société Médico-Psychologique.

Election d'un membre associé étranger

Après lecture d'un rapport de M. René CHARPENTIER, au nom d'une Commission composée de MM. MIGNOT, PIÉRON et René CHARPENTIER, rapporteur, sur les titres de M. le D^r Maximiliano RUEDA G., professeur de Psychiatrie à la Faculté de Médecine de Bogota, membre de l'Académie Nationale de Colombie, il est procédé au vote :

Nombre de votants	28
Majorité absolue	15

A obtenu :

M. le D^r Maximiliano RUEDA 28 voix.

M. le Professeur Maximiliano RUEDA G., de Bogota, est élu *membre associé étranger* de la Société Médico-Psychologique.

Election à une place de membre titulaire

Après lecture d'un rapport de M. RAYNEAU, au nom d'une commission composée de MM. GOURIOU, MINKOWSKI, PETIT, RAYNEAU et D. SANTE-NOISE, il est procédé au vote :

Nombre de votants	27
Majorité absolue	14

A obtenu :

M. le D^r BRISSOT 27 voix.

M. le D^r BRISSOT est élu *membre titulaire* de la Société Médico-Psychologique.

COMMUNICATIONS

Les formes psychopathiques de la maladie pseudo-bulbaire, Etude clinique et anatomo-pathologique, par M. R.-D. ANGLADE (d'Angoulême).

C'est en réalité de la paralysie pseudo-bulbaire qu'il s'agit. Mais un des buts de ce travail est précisément de démontrer que le syndrome pseudo-bulbaire peut être assez divers dans son expression clinique et s'offrir notamment avec un cortège de symptômes dans lequel la paralysie n'occupe pas le premier rang.

Ceci dit, voyons très rapidement où nous en sommes du point de vue des troubles mentaux dans cette maladie cérébrale dont

on s'accorde à reconnaître le caractère organique bien qu'on ne s'entende pas sur la nature, l'évolution et la localisation des lésions.

Il ne faudra pas s'étonner que les fléchissements et les désordres intellectuels n'y aient pas été l'objet d'études spéciales très poussées, car la paralysie pseudo-bulbaire a résidé jusqu'ici dans le domaine des neurologistes plus que dans celui des psychiâtres. Nous verrons qu'en toute équité, les uns et les autres ont sur elle un droit de regard.

Au premier abord déjà, ces sujets qui regardent fixement devant eux, dont le visage est figé, dont la parole est traînante et monotone et qui pleurent et rient alternativement avec exagération et niaiserie, donnent bien l'impression de n'être pas plus libres de leurs pensées, de l'expression de leurs sentiments que de leurs mouvements. Ceci ne pouvait pas ne pas être remarqué par les neurologistes.

Effectivement, Brissaud, dans ses admirables leçons cliniques de la Salpêtrière, remarque fort bien que le rire et le pleurer intempestifs et « inextinguibles », ne relèvent pas exclusivement d'une surtension motrice. Il en parle comme s'il y voyait en outre une pression psychique hyper-émotive qui se révèle chez ce jeune étudiant en médecine cité par lui. Précocement atteint de syphilis cérébrale à forme pseudo-bulbaire, il ne pouvait plus lire un roman sous peine « d'éclater en sanglots aux malheurs de l'héroïne » ou d'éclater de rire dans le cas contraire.

Avant Brissaud, Bechtereff avait parlé d'un jeune homme placé dans les mêmes conditions par une syphilis cérébrale et qui présentait des « spasmes de rire » fréquemment renouvelés et toujours sous une influence psychique d'ailleurs fugitive.

Recherchant le siège anatomique de ces « spasmes », Bechtereff admet formellement qu'il faut toujours, pour les réaliser, une cause mentale et c'est aussi l'avis de Strümpell.

Il ne s'agit évidemment que de réflexions inspirées par le raisonnement et Brissaud, après avoir remarqué qu'il doit s'agir d'une image « emmagasinée vraisemblablement dans la région des lobes frontaux », constate que la sensiblerie de tels sujets « n'a guère été étudiée en tant que symptôme », et l'on n'a fait, dit-il, qu'entrevoir le grand intérêt qu'elle comporte au point de vue de la localisation.

Ce qui ajoute de l'intérêt à cette question, c'est qu'elle ne se confond pas avec celle de la démence sénile ou organique et la pleurnicherie qui en est un symptôme pour ainsi dire constant. Le rire et le pleurer des pseudo-bulbaires donnent certes aux

sujets qui les présentent les apparences de la niaiserie démentielle, mais un examen attentif fait voir que la mémoire, les facultés d'association des idées, de critique..., etc., sont conservés, autrement dit les attributs fondamentaux de la démence organique sont absents. Les malades ont conscience de leur état et souvent en sont affligés. De plus, et cela est un argument de premier ordre contre l'hypothèse d'un déficit mental organique, on peut guérir du rire et du pleurer spasmodique. Brissaud en a cité un exemple.

Il n'en est pas moins vrai que l'action du rire et du pleurer malgré soi, sans raison ou pour une raison futile, est bien une maladie de l'esprit, mettons le premier degré dans l'échelle des troubles que nous nous appliquons à décrire. Ils sont évidemment situés sur le seuil de la démence ; ils n'y rentrent pas ; nous les comparons volontiers à cette pleurnicherie que l'on observe chez certains mélancoliques tardifs dont voici un exemple : « Il nous est donné par un homme de 54 ans, surpris en pleine activité utile par un accès de mélancolie avec sentiment d'incapacité, douleur morale, conscience de l'état morbide. Le malade est affligé d'un besoin de pleurer constant. Il redoute de sortir afin de ne pas pleurer devant les personnes pour des motifs ridicules « comme un imbécile » selon ses propres termes. Il y a d'autres puérités dans son cas : il éprouve le besoin de cacher les objets, de faire des espiègleries, ce qui l'afflige beaucoup et l'humilie devant ses enfants. Le fonds intellectuel, bien entendu, est intact, le malade s'occupe d'ailleurs très correctement, mais chez lui, d'un commerce difficile.

Nous disions que Brissaud soupçonnait les lobes frontaux de verser dans la conscience des images emmagasinées, tristes ou gaies, habituellement muettes, s'exprimant tout à coup par des larmes ou du rire. Et cette expression s'accomplirait par l'intermédiaire de « centres expressifs » situés dans la région antérieure du thalamus.

Brissaud entraînait ainsi dans la voie des localisations « centrales ». Il soupçonna l'importance des noyaux gris centraux auxquels on devait attribuer par la suite des fonctions multiples.

Que l'expression du rire et celle du pleurer et leur spasmodicité relèvent en partie de centres situés loin de la corticalité cérébrale dans les noyaux gris et les noyaux bulbo-protubérantiels, c'est ce que l'on pourrait difficilement contester. Et de fait, chez les pseudo-bulbaires, jamais ces régions ne sont intactes. D. Anglade a même pu dire, preuves en mains, que les pseudo-bulbaires sont des bulbaires vrais.

Mais il est non moins exact de dire que le manteau cérébral participe aux lésions de la maladie pseudo-bulbaire, d'une manière atténuée, moins évidente mais tout aussi constante. Ce qui est d'accord avec l'hypothèse d'une participation psychique dans le syndrome du rire et du pleurer spasmodique, participation qui, aux dires de Brissaud, se réaliserait par l'intermédiaire du « faisceau psychique » en connexion avec la région frontale d'une part et, d'autre part, avec la région antérieure du thalamus.

Ce que nous pouvons nous-mêmes démontrer, c'est la coexistence de lésions du lobe frontal : plaques, anneaux de sclérose périvasculaire, dégénérescence lipoïde-pigmentaire des cellules..., etc., et de lacunes proprement dites dans la région antérieure du thalamus, jamais d'ailleurs dans ces régions exclusivement.

À l'échelon au-dessus, on rencontre, non pas comme on pourrait s'y attendre, un déficit véritable du fonds intellectuel, mais bien un état mental singulier fait surtout de troubles du caractère et du comportement, d'erreurs d'interprétations et de réactions revendicatrices.

Entre le premier et le deuxième ictus, seulement après celui-ci dans quelques cas, on voit apparaître chez les pseudo-bulbaires les plus authentiques et déjà reconnaissables à leur dysarthrie, à leur rigidité faciale, à leur démarche à petits pas, des déviations affectives. Devenus profondément égoïstes comme la majeure partie des organiques cérébraux, ils accusent leurs proches de les négliger, de les faire souffrir, de leur imposer des privations. Ils s'en vont desservir les leurs auprès des connaissances, des amis de la famille, créant un courant d'hostilité, de suspicion et même d'indignation qu'il sera parfois difficile de remonter. Il nous a été donné de suivre une de ces malades qui portait contre sa famille, pourtant très méritante, les pires accusations, acceptées par certains, malgré l'évidence des faits contraires.

Il y a lieu de retenir cet état d'esprit que nous considérons comme fréquent, sinon la règle dans la maladie pseudo-bulbaire au stade moyen de son évolution et tout à fait comparable à celui que l'on peut observer non pas tant dans l'encéphalite épidémique que dans certaines affections chroniques non démentielles du cerveau, en particulier dans la chorée chronique de Huntington, plus rarement dans la sclérose en plaques.

Nous ne sommes pas en mesure de dire à quelle prédominance ou exactement à quel stade des lésions de la maladie pseudo-

bulbaire correspond, dans le cerveau, cet état psychique à type paranoïen.

Nous ne suivrons pas la maladie pseudo-bulbaire dans son évolution qui ne comporte pas, d'habitude, une déchéance mentale aussi accentuée que la déchéance physique, à sa phase terminale. Il semble que le pseudo-bulbaire n'ait pas le loisir de devenir dément.

Aussi bien la maladie pseudo-bulbaire est-elle connue dans ce qu'on pourrait appeler ses formes basses, méso-céphaliques. On lui soupçonne plus qu'on ne lui connaît des connexions avec les centres cérébraux situés aux étages supérieurs.

Cependant on admet aujourd'hui une forme corticale de la paralysie pseudo-bulbaire, plus exactement avec Ch. Foix une forme cortico-sous-corticale caractérisée par l'atteinte non seulement des muscles de la face, mais aussi de la langue, du pharynx, parfois même des globes oculaires (pseudo-ophtalmoplégie de Tiling Wernicke), la paralysie des membres demeurant légère. Mais c'est là une forme neurologique. Notre ambition est de lui attribuer une forme primitivement psychopathique.

Dans notre rapport sur les psychoses tardives (Congrès des aliénistes et neurologistes, Bordeaux, avril 1931), nous n'avons fait que soulever cette question. Il nous paraît que nous sommes aujourd'hui autorisé par les faits à la reprendre pour préciser notre point de vue.

Il va sans dire que nous ne voulons pas parler de ce fléchissement intellectuel discret, susceptible de se produire à la veille de l'ictus hémiplégique qui marquera l'entrée dramatique dans la maladie pseudo-bulbaire. Ce que nous visons ici, c'est une maladie mentale prodromique, prenant parfois les allures d'une vésanie tardive, derrière laquelle il n'est point aisé de dépister les ravages organiques sous-jacents qui ne se révéleront que plus tard dans leur physionomie pseudo-bulbaire.

Voici un exemple clinique choisi entre plusieurs dont les traits essentiels sont superposables :

Une femme de 54 ans entre à la maison de santé dans un état de mélancolie avec anxiété bruyante, mélange d'idées d'hypocondrie, d'indignité, de persécution, d'empoisonnement. Des idées de suicide se manifestent en paroles plus qu'en actes. La malade présente des accès de colère subits, suivis de prostration.

La crise évolue sous cette forme pendant un mois environ. Ensuite une détente se produit mais l'anxiété a fait place à une sorte d'hébétéude, d'ahurissement. Les questions simples ne sont pas comprises ou

obtiennent des réponses absurdes vaguement jargonophasiques ou paraphasiques.

Cette obnubilation dure peu de temps et l'anxiété reparait, plus terne, tandis que la parole est monotone, l'expression du visage un peu figée. Cependant une nouvelle détente se produit, de meilleur aloi cette fois. Les visites de la famille sont bien accueillies, mais la joie s'accompagne d'un rire forcé. La conversation, dès qu'un prétexte émotif même léger intervient, est traversée par des crises de larmes, plus exactement par du pleurer abondant, large et silencieux.

Trois mois environ après le début de l'accès mélancolique, la démarche se fait nettement à petits pas. La malade devient hargneuse. Au quatrième mois survient une attaque apoplectiforme qui laisse un reliquat hémiparétique du côté gauche. L'hémiparésie régresse. Mais, à ce moment, le syndrome pseudo-bulbaire est réalisé, tout à fait typique. Finalement il se produit une sorte de mal épileptiforme et la mort survient sans que la malade ait repris connaissance.

A l'autopsie, que trouve-t-on ? D'abord dans les parties basses du cerveau l'état lacunaire des pseudo-bulbaires, puis aussi, dans la corticalité, une sorte d'état criblé à fin pointillé.

L'examen histologique nous permet de suivre pas à pas l'évolution des symptômes cliniques. Dans le lobe préfrontal on remarque : 1° la dégénérescence lipoïdo-pigmentaire des cellules pyramidales, la raréfaction de ces cellules, la présence d'éléments squelettiques en voie de destruction et surtout la formation de plaques séniles autour des vaisseaux et aussi, loin des lumières vasculaires, en plein parenchyme cérébral. Les anneaux de sclérose névroglique périvasculaire avec destruction à distance, neuronophagie des débris cellulaires par les cellules névrogliques et les corps granuleux, donnent bien l'impression d'avoir précédé les lésions méso-céphaliques.

Celles-ci sont caractérisées par des lacunes en formation et nettement à un stade moins avancé que celui qui se voit dans la paralysie pseudo-bulbaire à forme méso-céphalique initiale.

On peut vérifier sur nos préparations et nos clichés sur plaques ou pellicules orthochromatiques, les différents stades d'évolution des lésions aussi bien dans les noyaux cérébraux que dans le cortex cérébral.

Cette démonstration clinique et anatomique d'une forme primitivement cérébrale et psychopathique de la maladie pseudo-bulbaire nous semble avoir un intérêt qui déborde le cadre de la maladie proprement dite.

S'il est vrai et ce que nous venons de dire semble le démontrer, s'il est vrai que la paralysie pseudo-bulbaire est une affection susceptible de s'annoncer tantôt par des troubles moteurs surgissant par voie apoplectiforme, tantôt par des troubles psychiques sous forme de mélancolie anxieuse avec délire, anxiété

puérile, irritabilité ; s'il est vrai que, du cerveau la maladie descend vers le mésocéphale à des allures précipitées au lieu qu'elle remonte vers le cerveau avec plus de discrétion, cela signifie bien que nous sommes en présence non plus d'une paralysie mais d'une maladie du système nerveux tout entier. Maladie sévère entre toutes qui grignotte la matière nerveuse en s'attaquant aux parties basses du cerveau avec une prédilection marquée, empiétant sur les parties hautes, sur le cervelet et l'axe spinal. Ces deux dernières formes d'extension ne sont pas moins effectives. Nous les observons et le résultat de ces observations fera l'objet d'un travail ultérieur.

Etats « dysesthésiques » de structure comitiale, (1)
par MM. H. CLAUDE, Henri EY et MIGAULT

Nous désirons seulement rapporter quelques fragments d'une observation trop longue et trop détaillée pour être exposée ici dans son entier. Nous nous proposons : 1° de mettre en évidence chez cette malade délirante des états crépusculaires divers, allant depuis des sentiments fugaces d'étrangeté jusqu'à des accès d'onirisme ; 2° d'analyser parmi ces états ceux qui se présentent le plus souvent et que nous proposons d'appeler des *états « dysesthésiques »* (1) parce qu'ils sont faits de sentiments, d'impressions, d'états d'âme anormaux ; 3° de mettre en évidence la *structure comitiale de sa psychose*.

Mme Georgette L. est entrée à la clinique le 24 décembre 1930. Le certificat fait mention d'une activité délirante et hallucinatoire polymorphe. L'ensemble de ses troubles, les *colères avec état psycholeptique et amnésie*, qu'elle a présentées devant nous, nous l'ont fait considérer comme une malade qui présente une *épilepsie larvée*.

Histoire en antécédents. — Pas de maladies graves connues. D'après la fille, comportement sensiblement normal jusqu'en 1925. Elle aurait toujours été autoritaire et emportée. Divorce ancien (1910). En 1922

(1) Nous proposons le terme de dysesthésique plutôt que celui de dysesthétique que nous avons énoncé dans notre exposé à la Société. On nous a fait valoir en effet, avec raison, qu'il y avait là un élément de confusion. Le souci qui nous avait incité à choisir dysesthétique plutôt que dysesthésique était d'écarter, de la *notion* même, celle d'un trouble élémentaire de la sensibilité, par comparaison avec les expressions troubles cénesthésiques, paresthésiques, etc... Cette réserve étant faite, nous acceptons le *mot dysesthésique* pour désigner cette chose : l'ensemble des troubles de sentiments d'activité personnelle, des impressions pathologiques dont le siège est le corps propre et l'activité psychique.

prend un petit magasin de modes. Vivait avec un ami. En 1924, hystérectomie pour *fibrôme*. Début des troubles (d'après la fille), vers 1925 (39 ans). Une seule fille, bien portante. La malade aurait une tante internée pour idée de persécution et de grandeur.

Début des troubles. — Elle a commencé par « déraisonner ». Elle disait qu'elle était *suivie* par quelqu'un et qu'elle était *suggestionnée*. *Devenait de plus en plus coléreuse*. Ce n'est qu'il y a deux ans que sa fille s'est aperçue qu'elle délirait franchement, *par périodes*.

Evolution générale des troubles dans le service. — Cette malade amenée dans un état de délire très actif a présenté depuis son entrée des « crises » de délire tout à fait évidentes. Il ne s'agit pas d'une évolution continue. Il y a évolution par poussées successives. Ces états aigus durent au plus deux ou trois jours, parfois ils sont très courts. Nous envisagerons successivement les états de colère, les états d'onirisme et enfin les états proprement « dysesthétiques ».

I. LE DÉLIRE. — Son délire est principalement un délire d'influence dans lequel on retrouve tous les éléments connus sous le nom d'automatisme mental. Il y a lieu de faire chez elle deux parts dans ses troubles. L'organisation du délire et les épisodes aigus auxquels il se rattache, car sa psychose se présente avec des « phases fécondes » et des « phases stériles ».

Voici comment se présente l'ensemble de son délire. Nous donnons ici, à titre d'exemple, l'ensemble des troubles qu'elle présentait à son entrée et qui sont ceux qu'elle offre le plus souvent à l'observation.

a) *Propos délirants* : « On voit tout ce que je fais. J'ai dû le répéter. Ils peuvent tuer, voler... Une vie a été captée. Je me sens harcelée. Je n'ai jamais pu savoir où j'ai été élevée. Avant la guerre j'avais l'impression du malheur. Dans mon magasin on venait demander des renseignements pour me détraquer... J'ai compris qu'on voulait faire tomber mon magasin... J'ai été suggestionnée. Ce sont des pensées envoyées... Je vois apparaître un personnage que je ne connais pas, que je n'ai jamais vu, avec un visage hautain, de grande famille, avec des mains blanches... Je vis le cerveau « terne ». Je n'ai aucune pensée... Je ne vis pas. On a enlevé de mon cerveau la vie... Je ne suis pas moi-même... On saura tout ce que je ferai. On agit sur moi probablement depuis mon enfance... C'est une volonté plus forte que la mienne. On m'empêche de travailler. On me fait dire des choses que je ne veux pas dire... Je répétais peut-être des paroles que j'ai entendues... Quand deux personnes la suggestionnent cela fait comme si mon cerveau bouillonnait. Je vis dans la crainte de répéter ce que je vois faire autour de moi. J'ai eu l'impression que l'on répétait tout ce que je disais... On a dirigé ma vie. Il me semble qu'on arrivait à adopter d'autres personnalités que la mienne... J'ai été une concierge. Parfois j'entendais parler jour et nuit, parfois des bruits, souvent des paroles, des conversations, des cris : « Ecoutez ! Criez ! », des voix autoritaires, des bourdonnements de voix, etc... »

b) *Examen mental.* — Le 24 janvier 1931, par exemple, voici quel était son état. Depuis lors nous pouvons dire que c'est son état habituel.

Présentation : Correction de la tenue. Aménité. Docilité. Légère satisfaction.

Conduite dans le service : Malade calme généralement ; elle se lève. parle avec les autres malades. Est assez bien adaptée. S'occupe un peu à des travaux de couture.

Activité verbale et idéique : Débit correct. Rapidité très grande de l'élocution. Succession ininterrompue de phrases émises rapidement. Prolixité. Dérivations constantes et rapides des réponses.

Structure syntaxique des phrases : correcte. Pas de néologismes. L'enchaînement des idées est paradoxal. Coq-à-l'âne. Irruptions parasites d'idées. Passage à des idées inadéquates. Exemple : Vous rappelez-vous le temps de votre mariage ? — Retourner à notre mariage ce n'est pas là qu'il faut aller. C'est rue Lavoisier. A ce moment-là j'avais le sang vif, j'étais jeune. Là j'ai vu que tout avait été travaillé, refait, j'entendais réellement causer et je ne les voyais pas... ce n'était pas dans mon cerveau, c'était réel...

Tendances aux stéréotypies verbales. — Les réponses sont rarement directes, toujours approximatives, souvent très vagues et parfois « à côté ». A plusieurs reprises on note le phénomène de Ganser. (Notons d'ailleurs que la description du syndrome de Ganser visait des « états crépusculaires hystériques »).

Fonctions élémentaires. — *Mémoire :* Netteté des souvenirs. Organisation normale et ordonnée de ses souvenirs dans le temps (succession des souvenirs de son existence correcte). Invasion incoercible par des souvenirs anciens. Tendance à plonger souvent dans son passé (rétroversion). Evocation des souvenirs des 4 ou 5 dernières années pénible et floue. *Lucidité.* Orientation correcte. *Affectivité.* Humeur : Euphorie habituelle. mais avec sautes d'humeur. Irritabilité par intervalles avec réactions émotionnelles vives.

II. LES ACCIDENTS PAROXYSTIQUES (ETATS HYPONOÏDES). — Cet état habituel de délire fait place à des phases assez longues de sédation, mais ce qui est le plus remarquable dans l'évolution des troubles sont les phases aiguës, les états hyponoïdes qu'elle présente et qui ont une durée de quelques heures ou de quelques jours plus rarement.

Les crises de colère durent quelques minutes, apparaissent brusquement et cessent de même.

a) *Colères amnésiques ou dysmnésiques.* — A intervalles irréguliers la malade présente des crises de colère d'une violence clastique considérable. Elle a des « colères blanches ». Elle blêmit, injurie, cherche à frapper, vocifère. Brusquement les réactions cessent et la malade ne garde aucun souvenir de la crise ou seulement des souvenirs effacés. Voici ce qu'elle dit, par exemple, une fois où elle se rappelle sa crise de colère : « J'avais l'impression d'être replacée dans un état vécu

par moi, qui me fait revivre un état de colère, dans lequel je me trouvais jadis. » Ou encore : « J'avais l'impression de tomber de ma hauteur, j'entendais des voix d'hommes... j'avais l'impression de mourir... Le sang me coulait dans la tête. » Parfois ces accès de colère se répètent et constituent de véritables phases d'excitation agressive.

b) *Onirisme et états oniroïdes*. — Par moments, la malade se trouve plongée dans un état hallucinatoire profond, elle voit alors des bêtes, des scènes, etc... Le plus souvent, d'ailleurs, il s'agit d'état oniroïdes avec fausses reconnaissances, intuitions délirantes, constructions fantasmagoriques de l'ambiance. En parlant de ces états elle dit, par exemple : « Je ne comprenais rien. J'étais comme sous l'influence d'un malheur. Il y a des souvenirs qu'il est impossible de faire jaillir. » Le 20 mai 1932, par exemple, elle dit : « J'ai rêvé cette nuit que j'étais chez moi. A 8 heures, au réveil, je me croyais chez moi. Je voyais ma chambre comme si j'y étais, mon lit, mon armoire, la tapisserie. J'ai entendu des pas et des bruits, je me suis figurée qu'on allait entrer chez moi... Je n'ai pas voulu que les infirmières entrent dans ma maison. Pendant que je suis là et que vous m'interrogez, je vois encore ma chambre. » Cet état oniroïde a duré une journée, elle-même le rapproche d'autres états antérieurs.

Indiquons ici d'un mot les résultats obtenus par l'intoxication *mescalinique* expérimentale provoquée chez elle en juin 1933. La mescaline a déclenché un état d'onirisme anxieux, érotique, à type hystérique comme nous n'en avons jamais vu de semblable dans de telles conditions.

c) *Les états dysesthésiques*. — Mais nous voulons surtout insister sur certains états beaucoup plus fréquents et où « fourmillent » les impressions pathologiques, les sentiments relatifs à sa personne, à son activité personnelle, à son Moi. Elle dit elle-même : « *Il y a des périodes de 3 ou 4 jours pendant lesquelles je me transforme*, je prends en moi différentes personnes. J'ai envie de sauter. Je retourne à de nombreuses années en arrière. » Par exemple, le 3 août 1931, elle dit : « Les années ont passé comme si c'était l'espace de quelques heures... Je répète des conversations d'autres personnes, je ne sais lesquelles... Je ne sais plus où je suis. Me voilà encore repartie ! Je voudrais vous dire mon ennui, je ne peux pas... On dirait que j'ai du dégoût de tout... Je vais rester une journée entière comme si j'étais dégoûtée de la vie... J'avais beaucoup de choses à vous demander... Il m'est impossible de suivre une conversation... J'ai l'impression que je vais intercaler des phrases qui n'ont rien à voir avec la question... C'est comme si j'occupais la place d'une autre... je ne dis pas que j'ai la personnalité d'une autre personne, mais presque par moments... J'ai fait des réflexions avec une voix dure qui n'était pas la mienne... Je ne retrouve plus ce que j'étais. On dirait que tout mon être est dominé par une volonté... L'atmosphère change brusquement... C'est comme un souvenir. Je suis comme sous la sensation d'une personne, d'une foule qui serait près de moi. »

Nous pouvons grouper schématiquement l'ensemble des troubles tels qu'ils se présentent dans ces états qui durent, répétons-le, 2 ou 3 jours.

1. *Impression d'asthénie, sentiment d'incomplétude et d'irréalité.* — Elle se sent vidée de sa spontanéité, inerte. « Je vis le cerveau terne... Je n'ai aucune pensée, je suis fatiguée. La pensée m'échappe. Je suis fatiguée, lasse, faible, fébrile. Je me sens engourdie, étourdie. Je ne peux pas arriver à faire un effort. Je ne puis pas arriver à finir ce que je faisais. Il me semble que je n'arriverai pas au bout. » Sentiment de *rêve éveillé*. Je ne puis pas me rendre compte si je rêve ou non. (Elle a acheté d'ailleurs des livres sur les rêves pour chercher à s'expliquer ces états).

2. *Impression de mort. — Mort imminente.* — Rêveries macabres. « Je vois un squelette... Je meurs peut-être... Je ne vis pas, on a enlevé la vie à mon cerveau... J'ai la sensation d'être morte comme si mon corps était réduit au squelette... Je me sens morte. » Elle offre de véritables paroxysmes pantophobiques. Elle tombe dans des gouffres d'anxiété. Sentiment du néant, de vide vertigineux.

3. *Impression à caractère anesthésique pénible.* — « Je me sens changée... Je suis mal à l'aise... Mon corps me gêne... C'est comme un marteau qui frappe mon cerveau... Mon cerveau bouillonne » et autres métaphores de ce genre.

4. *Altérations de la réalité.* — On les retrouve ici mais beaucoup moins que dans les états oniroïdes proprement dits. L'étrangeté du monde extérieur est rare. L'attention est polarisée sur la personne et le corps propre. Cependant elle signale des « éclipses » de l'ambiance. Signalons certaines « scotomisations » de personnes. Par exemple parlant à sa fille brusquement elle ne la voit plus « comme si elle avait disparu ou si elle avait été transportée dans un autre lieu. J'avais l'impression de parler dans le vide. »

5. *Altérations du sentiment du présent.* — Le présent se vide de ses caractères concrets et vivants. Il lui paraît pur souvenir (déjà vu). Elle s'évade de l'instant présent pour glisser dans l'avenir qu'elle a l'impression de vivre (prémonitions).

6. *Impression de « décalage » dans le temps et de retour dans le passé.* — « Ma vie a été décalée... C'est très difficile à expliquer... J'ai l'impression d'être rapportée en arrière... Je ne vis pas dans le passé mais dans le souvenir du passé... Le présent s'abolit, c'est comme un rêve dans le passé... Tout va très vite... Je ne peux pas bien expliquer... en l'espace d'une seconde, j'ai compris tellement de choses... Je reprends dans ma jeunesse le fil de la vie... Je retourne de nombreuses années en arrière.

7. *Sentiment de dépersonnalisation.* — Ce sentiment fondamental plus ou moins impliqué dans les impressions que nous venons de décrire apparaît comme leur résultante complexe. « Je suis vieille, vieille. Je me sens grande, grande avec d'autres personnes en moi,

J'ai voulu mettre des robes courtes. C'était une autre personne en moi qui le voulait. J'étais dans la peau d'une autre. Quand je crie ce n'est pas moi. On me fait revivre des existences passées. Je n'étais plus moi-même... On me faisait croire que j'avais une double vie. On me faisait adopter d'autres personnalités que la mienne. Il me semblait que j'étais ma concierge, par exemple: j'ai vu dans la rue une robe qui aurait pu, par sa laideur, être une robe de concierge, j'ai dû l'acheter. Je marchais, malgré moi je me tenais comme ma concierge. C'était absurde. Un autre jour en descendant l'escalier j'avais l'impression qu'une femme avait pris ma vie, ma gaieté, je marchais comme elle en me déhanchant. »

Toutes ces impressions constituent avec évidence une amorce, un palier *vers les idées d'influence ou plutôt les sentiments d'influence*.

Il est à peine besoin, en effet, de souligner ici tout l'ensemble des sentiments d'emprise, d'influence, de transitivisme qui se juxtaposent au mentisme, au déroulement icoercible des souvenirs, à la régression ecmnésique, aux sentiments d'irréel, de rêve et de transformation personnelle pour constituer le « *syndrome dysesthétique* ». Nous indiquons seulement que cet état est le type d'un état pseudo-hallucina-toire dont ce qu'on appelle généralement les hallucinations psychiques ne sont qu'un aspect.

Nous exposons cette observation seulement du point de vue de l'analyse psychopathologique. Pour ce qui concerne l'examen organique, neurologique et biologique, signalons simplement une seule anomalie du liquide céphalo-rachidien : un taux élevé d'albumine (0,40). La réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le liquide céphalo-rachidien et le sang. Il n'y a pas de troubles oculaires ni de syndrome d'hypertension intracranienne.. Le pH sanguin est de 7,9 en période normale.

Quant à l'ensemble des troubles avec les paroxysmes caractéristiques et particulièrement ces accès de colères amnésiques, ils nous paraissent être nettement de structure comitiale.

La nature épileptique de l'ensemble de ces troubles dont la *structure* nous paraît nettement comitiale, n'a jamais été signée par l'apparition de crises convulsives. Une seule fois elle a fait une *chute brusque avec perte de conscience*, le 29 juillet 1932. L'épreuve de l'*hyperpnée* prolongée n'a jamais déclenché d'autres effets que quelques attitudes tétanoïdes. Rappelons ce que nous avons dit du déclenchement d'un état d'onirisme très dramatique chez la malade par l'injection de mescaline, dans des conditions telles qu'il est exceptionnel de le rencontrer pour des doses aussi faibles (0,25 à 0,30).

L'intérêt de ce cas nous paraît être : 1° de montrer que l'en-

semble des « phénomènes » délirants et hallucinatoires se rattachent à des *états hyponoïdes* variés qui rythment l'évolution du délire et dans lesquels « se noient » les phénomènes isolés sous le nom d'hallucinations ; 2° de montrer qu'à côté des états *oniroïdes* (1) qui constituent des intuitions, des « expériences délirantes » de transformation des valeurs de réalité, des situations, des objets, il y a des états « dysesthésiques », souvent intriqués aux précédents, mais qui représentent avant tout des « expériences délirantes », d'altérations du moi, de la personnalité, de toutes les impressions, de tous les sentiments qui font de la réalité subjective une donnée concrète et unifiée. Ces états sont caractérisés par une énorme production de sentiments d'étrangeté intérieure. Ces deux séries d'états font partie de la masse des faits pathologiques qui expriment une chute de niveau psychique (Jackson-Janet).

M. HEUYER. — La communication de MM. Claude et Ey soulève toute une série d'objections doctrinales et fait intervenir des interprétations discutables de faits cliniques.

D'abord, je ne comprends point le terme de *dysesthésiques* qu'ils ont donné, dans le titre, aux impressions éprouvées par leur malade. Peut-être ai-je été incapable de saisir le sens apparemment nouveau qu'ils veulent donner à ce mot, mais j'avoue que je n'ai pas compris.

Je discuterai surtout le terme d'*oniroïde* que MM. Claude et Ey ont déjà employé à plusieurs reprises. Ils l'emploient de nouveau pour désigner un syndrome hallucinatoire, comprenant les hallucinations auditives, le sentiment de prise de la pensée, des idées d'influence, c'est-à-dire, en somme, le syndrome que d'autres auteurs appellent « automatisme mental », dont la signification est bien connue et est admise, au moins dans la description clinique. Je ne crois pas qu'on puisse employer le terme d'*oniroïde* pour un syndrome de ce genre.

L'onirisme, le « délire de rêve », comme le rêve lui-même, quelle que soit l'étiologie, comporte, au point de vue de la séméiologie, deux éléments essentiels :

- 1° La prédominance des images visuelles ;
- 2° La mobilité de ces images.

D'autres symptômes peuvent être associés à ces deux éléments fondamentaux et caractéristiques. Mais tout syndrome, qui ne comporte pas la prédominance des images visuelles et la

(1) Nous publierons prochainement un cas où sera analysée la *structure oniroïde* opposée ici à la *structure dysesthésique*.

mobilité de ces images, ne peut être assimilé à un délire de rêve, à l'onirisme ; il ne peut avoir même l'apparence de l'onirisme. On n'a pas le droit d'appeler oniroïde un syndrome qui se compose essentiellement d'éléments fixes, comme les hallucinations auditives, le sentiment de prise de la pensée, le sentiment d'influence.

Le syndrome d'automatisme mental peut, comme l'onirisme, avoir une origine, traumatique infectieuse ou toxique, mais cliniquement il ne peut être assimilé à l'onirisme. Il peut lui être quelquefois associé, mais en clinique ils ne peuvent être confondus.

C'est l'objection essentielle que je ferai au terme d'oniroïde employé en la circonstance par MM. Claude et Ey.

De même, je ne crois pas qu'on puisse admettre le terme d'*onirisme hystérique* pour désigner les troubles produits chez un malade par l'injection de mescaline. D'abord, quelle que soit la conception que l'on ait de l'hystérie, ce terme « d'onirisme hystérique » paraît revenir du fond de l'histoire. Ce fut un pavillon à tout faire, qui a servi à couvrir assez d'erreurs de diagnostic pour qu'on n'essaie pas de le faire revivre. De plus, les accidents décrits par M. Ey, dans les injections de mescaline, nous semblent le type d'accidents confusionnels avec onirisme toxique et anxiété pantophobique ; l'ensemble constitue un syndrome banal dont les éléments peuvent être variables selon le toxique employé.

Quant au syndrome hallucinatoire avec idées d'influence rapporté par MM. Claude et Ey et qu'ils attribuent à l'épilepsie, j'admets très volontiers que des accidents de cet ordre puissent être de nature comitiale.

Je rappellerai qu'en 1923 et 1924, j'ai rapporté à la Société de psychiatrie, avec Merklen, puis avec Lamache, des observations d'automatisme mental avec délire d'influence, dont l'origine épileptique ne faisait aucun doute. Dans un cas, le délire d'influence paraissait, suivant le terme employé par Logre, un délire induit. Dans l'autre cas, les phénomènes hallucinatoires auditifs étaient nettement des épisodes et des équivalents comitiaux, et servaient de base aux idées délirantes d'influence. D'autres observations du même ordre ont été présentées, notamment je crois, par M. Marchand.

Il semble bien que, chez la malade de MM. Claude et Ey, les colères impulsives et amnésiques, la chute avec perte de connaissance et amnésie, soient la signature de l'épilepsie. Or, comme nous l'avons exposé dans un mémoire sur l'origine organique de l'automatisme mental (*Annales Médico-Psychologiques*, novembre 1926), l'épilepsie nous a paru être une de ces affections

organiques qui sont à l'origine des syndromes psychopathiques, et notamment de certaines psychoses hallucinatoires chroniques à forme de délire d'influence.

L'encéphalite épidémique, la paralysie générale malariée, sont d'autres affections organiques au cours desquelles peuvent apparaître, d'une façon quasi-expérimentale, l'automatisme mental et des idées délirantes de persécution ou d'influence.

Dans l'observation de MM. Claude et Ey, l'existence d'une hyper-albuminose rachidienne signe la nature organique du syndrome, d'ailleurs complexe, qui nous est rapporté.

M. Ey nous a dit qu'il avait le droit de modifier la séméiologie psychiatrique. Sans doute personne ne peut lui contester ce droit. Toutefois, il nous paraît nécessaire que si l'on apporte un élément nouveau dans la séméiologie psychiatrique, ce ne soit pas au détriment de la précision et de la clarté.

M. COURBON. — Le terme dysesthétique employé par M. Ey ne saurait absolument pas convenir aux troubles de l'humeur, et aux altérations du sentiment de la personnalité pour la désignation desquels il l'emploie. L'usage a réservé dans toutes les langues le terme esthétique à la beauté. « Etats dysesthétiques de structure comitiale » sera compris par tout le monde comme « états disgracieux », ou ne sera pas compris du tout.

Etats dysthymiques, ou mieux états dyscoenesthésiques conviendraient davantage, car il s'agit moins de modifications de l'humeur que d'altérations du sentiment de la personnalité, et la coenesthésie est le fondement même de la personnalité. Si non, mieux vaudrait forger un néologisme, car c'est embrouiller une question que de la traiter avec des mots détournés de leur sens courant.

M. PICARD. — Les états spéciaux signalés par les auteurs me paraissent avoir une très grosse importance dans la séméiologie comitiale. La dénomination de dysesthétique, ainsi qu'aux interpellateurs, me paraît moins opportune, esthétique, ayant un sens consacré par l'usage et pouvant prêter à confusion. L'expression dysesthésique semble plus en rapport avec les faits analysés.

Mon attention a déjà été retenue depuis longtemps par les impressions anormales éprouvées par les épileptiques. L'on observe chez eux des sentiments variables qui, quoique souvent mal définissables, n'en ont pas moins une intensité très réelle : tantôt des sentiments d'extase et d'ineffable provoquant des joies sans motif et des sensations de bien-être général. « Vous sentez soudain la présence de l'harmonie universelle », écrivait Dostoïewski en analysant ses propres troubles, tantôt des

impressions de dégoût, des tristesses sans cause, des pensées funèbres qui envahissent subitement tout le champ de la conscience. J'observe, en ce moment, deux épileptiques à grandes crises convulsives qui présentent ces fluctuations de l'« esthésie » selon un rythme parfaitement régulier. Ces faits expliquent vraisemblablement les dysthymies épileptiques, le manque d'objectivité des malades à l'égard de leurs troubles, leurs colères explosives, leur anxiété subite et le raffinement si spécial de leurs malaises toujours plus ou moins éprouvés comme phénomènes inopinés et étranges. Faut-il voir dans ces chutes de niveau psychique l'ébauche de certaines tendances cyclothymes ? Il est certain que, dans les cas limites, les symptômes cycloïdes et épileptiques s'intriquent assez souvent.

J'ajoute que les troubles signalés par les auteurs s'observent le plus fréquemment dans les épilepsies dites essentielles et que l'épilepsie traumatique plus ou moins tardive ne fournit guère l'occasion de les constater.

M. GUIRAUD. — Pour permettre une discussion plus complète des idées nouvelles de cette communication, il conviendrait de savoir préalablement de M. Ey ce qu'il entend par le mot oniroïde et ce qu'il entend par la métaphore hydrodynamique de niveau mental.

M. Henri EY. — Nous avons indiqué tout à l'heure, en laissant en suspens la désignation des troubles que nous avons analysés, quel était notre propre embarras vis-à-vis du terme *dysesthétique* primitivement choisi et auquel nous renonçons, puisque *dysesthésique* paraît offrir moins de confusion. On nous a proposé ici-même : *dyscénesthésique* et *dysthymique*. *Dyscénesthésique* nous paraît faire trop directement appel à une théorie que M. Courbon a lui-même exprimée, mais que l'on n'est pas obligé d'admettre, à savoir que la personnalité repose sur la « cénesthésie ». — *Dysthymique* nous paraît viser des troubles de l'humeur plus que les sentiments complexes dont il s'agit. En effet, nous tenons à préciser une fois de plus que le syndrome que nous estimons utile de nommer pour lui conférer une certaine unité réunit un ensemble de sentiments et d'impressions d'étrangeté personnelle. — Pour ce qui est des états oniroïdes dont, en effet, on parle souvent à la Clinique, ils feront l'objet d'une étude d'ensemble qui précisera l'ensemble de ces notions qui embrassent une série d'états de baisse de niveau psychique. Cette expression essentiellement dynamique n'a pas à être défendue. C'est elle que l'on retrouve dans tout le courant de la psychologie et de la phy-

siologie nerveuse de ces trente dernières années. Elle doit être précisée en psychiatrie, c'est à quoi nous nous attacherons.

Qu'il me soit permis de répondre personnellement aux critiques qui viennent d'être faites. A mon sens, quand M. Heuyer nous reproche de décrire des états oniroïdes, dysesthésiques, etc..., comme des troubles se rapprochant de l'onirisme, qui pour lui est simplement un déroulement d'images visuelles, il rétrécit à l'excès les *états oniriques* qui supposent des troubles plus profonds de la pensée dont on retrouve les linéaments dans ces divers états.

De même, lorsqu'il nous reproche, à propos de la crise d'onirisme théâtral, érotique, avec attitudes passionnelles, *déclenchée par une injection de mescaline*, de parler d'onirisme hystérique, il paraît se faire également de l'hystérie une idée trop étroite et peut-être oublier que Régis, en décrivant l'onirisme, le rapprochait des états seconds hystériques.

Enfin, M. Heuyer se retranche sur sa position favorite, l'*organicité* du syndrome dysesthésique. Qu'il se rassure, l'organicité de l'état que nous venons de décrire n'est pas méconnue. Par qui d'ailleurs l'importance de facteurs organiques est-elle contestée ? Là où est le point essentiel du débat, comme je l'écris et le dis constamment, n'est pas dans la question de l'organicité du syndrome mais de sa nature mécanique. Autrement dit, il s'agit de savoir si on doit se faire de tous ces symptômes l'idée qu'ils sont des néoformations mécaniques et isolées ou que, faisant partie d'un ensemble de troubles, ils ne traduisent qu'une régression de l'activité psychique dans son entier et avec ses racines affectives sous l'influence du facteur organique. C'est parce que je penche continuellement vers la deuxième hypothèse que je crois nécessaire de substituer le plus que nous pouvons à une séméiologie *des symptômes* plus ou moins artificiellement isolés, une séméiologie *des états* psychopathiques. Y a-t-il, Messieurs, dans cette attitude qui ne cesse de s'appuyer sur la tradition classique, quelque chose de blâmable ? Je ne le crois pas (1).

La séance est levée à 18 heures.

Les secrétaires des séances,

P. COURBON et P. ABÉLY.

(1) Le Professeur H. Claude, absent à la séance, tient à souligner que son effort a toujours été dirigé dans un double sens biologique et psychologique et qu'il lui paraît aussi utile de fournir des études psychologiques soigneuses des syndromes psychopathiques que d'étudier leur étiologie organique.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du Jeudi 1^{er} Février 1934

Présidence : M. VURPAS, président

Tératome de la fosse cérébrale postérieure, par MM. DAVID et RAMIREZ.

Ces auteurs présentent une jeune fille chez qui s'est installé un syndrome complexe évoluant depuis deux ans. Des céphalées, des épistaxis fréquents avec titubation et démarche ébrieuse ont ouvert le tableau clinique ; on note de plus : arrêt des règles, obésité (dix kilos en un an), polyphagie, polydipsie, polyurie, baisse de la vision, atrophie optique. Finalement, les signes infundibulaires disparaissent et ne laissent que des troubles cérébelleux frustes. A l'intervention, on trouve une tumeur tératoïde sus-cérébelleuse et sous-sensorielle qui est enlevée.

DISCUSSION

MM. BAUDOUIN et LHERMITTE insistent sur le fait que les tumeurs de la fosse postérieure peuvent donner des signes de la série tubérienne, dus probablement à la distension du III^e ventricule. M. Baudouin a observé deux cas typiques.

M. BARRÉ a observé trois cas de tumeurs infundibulaires s'accompagnant d'un noyau cérébelleux métastatique.

M. DAVID rappelle que dans le cas présenté, la ventriculographie révèle une dilatation marquée du III^e ventricule.

La narcolepsie cryptogénétique avec onirisme et somniloquie,
par MM. J. LHERMITTE et R. HUGUENIN.

Présentation d'une malade narcoleptique, chez laquelle chaque attaque de sommeil s'accompagne de rêves terrifiants et d'une grande activité psycho-

motrice ; la malade parle tout haut et répond même inconsciemment aux questions qui lui sont posées. Le sommeil nocturne reproduit les mêmes particularités que les crises hypnoleptiques,

Dans ce fait, l'origine de la narcolepsie n'apparaît pas clairement ; c'est un exemple de syndrome de Gelineau avec cataplexie. Certains auteurs avec Redlich diraient, de narcolepsie idiopathique.

Syndrome thalamo-pédonculaire avec troubles oculo-pupillaires par hémorragie probable, par MM. ALAJOUANINE, THUREL et COSTE.

Présentation d'une malade atteinte il y a six mois d'un ictus, ayant laissé une hémiplegie passagère avec hémianesthésie plus marquée pour la sensibilité superficielle, une paralysie associée oculaire d'élévation ; des troubles oculo-pupillaires : diminution de la sensibilité cornéenne, signe d'Argyll-Robertson et enfin un syndrome de Bernard-Horner du côté opposé à l'hémiplegie.

Les auteurs pensent qu'il s'agit d'une hémorragie thalamo-sous-thalamique, et ils insistent sur le fait que le syndrome de Cl. Bernard-Horner par lésion thalamique est homo-latéral.

DISCUSSION

M. GARCIN rappelle que le syndrome de Cl. Bernard-Horner par lésion thalamique est toujours homolatéral, ainsi qu'il l'a démontré avec M. Guillaïn. Il en est de même dans deux nouveaux cas et dans tous ceux de la littérature (cas de Cl. Vincent, de Foix, de Lhermitte).

M. LHERMITTE pense que la lésion intéresse un pédicule artériel et doit être plus étendue que ne le croient les présentateurs.

M. GUILLAIN insiste sur l'existence fréquente du signe d'Argyll-Robertson dans d'autres affections que la syphilis. MM. Cl. VINCENT, BAUDOUIN, HAGUE-NAU, ANDRÉ-THOMAS, GARCIN émettent la même opinion, que M. A. CHARPENTIER admet avec quelques réserves.

Paralysie associée des globes oculaires. Examen anatomique, par MM. ALAJOUANINE, OBERLING et THUREL.

Ces auteurs rapportent l'observation anatomo-clinique d'un sujet atteint depuis plusieurs années d'une tumeur de la lame quadrijumelle (hypertension, syndrome de Parinaud, Argyll-Robertson). Un traitement radiothérapique améliora le malade, mais de nouvelles poussées, accompagnées d'une paraplégie par compression médullaire amenèrent la mort. L'examen anatomique montre l'existence de plusieurs tumeurs essaimées le long de la moelle et la présence d'une grosse tumeur des tubercules quadrijumeaux. Il s'agit d'un neuro-spongiome (médulloblastome de Bailey et Cushing). Ceci explique l'essaimage, l'envahissement et la radio-sensibilité.

Un cas de troubles toniques et cérébelleux chez le chien. Hémorragie probable, par MM. ROBIN et MOLLARET.

Présentation d'un jeune chien atteint depuis trois semaines d'un syndrome complexe évolutif. Dans un premier stade, l'animal tournait la tête en haut et à gauche en même temps qu'il avait une tendance aux mouvements de manège vers la gauche. Puis il présente des mouvements de ma-

nège vers la droite, une tendance à rouler horizontalement vers le même côté, des troubles cérébelleux et une parésie du train postérieur. Enfin, dans un 3^e stade, il ne persiste qu'un syndrome cérébelleux net. Les auteurs pensent qu'il s'agit d'une hémorragie de la région sous-optique intéressant aussi bien les voies cérébelleuses que les voies striées.

DISCUSSION

M. LHERMITTE remarque que ce chien ne ressemble pas à ceux de Rademaker (décérébrés depuis longtemps), ni à ceux dont on a coupé le péduncule cérébelleux supérieur (Lafora). L'hypothèse d'une hémorragie ne lui semble pas séduisante ; il pencherait plutôt pour l'encéphalite des jeunes chiens.

M. ANDRÉ-THOMAS note que ce chien ressemble cliniquement aux animaux qui ont subi l'ablation de la moitié du cervelet.

Pour M. BARRÉ, ce chien est moins cérébelleux que vestibulaire.

Syndrome de compression médullaire en rapport avec une épидурite d'origine rhumatismale probable. Opération. Amélioration, par MM. LÉCHELLE, PETIT-DUTAILLIS, THÉVENARD et SCHMITE.

Ces auteurs présentent un malade chez lequel existait une paraplégie spasmodique sans troubles sensitifs. Il existait, de plus, un blocage sous-arachnoïdien complet vérifié par la manœuvre de Queckenstedt et les examens comparatifs du liquide céphalo-rachidien dans les régions sous-occipitale et lombaire. La radiographie vertébrale décelait de grosses lésions de rhumatisme chronique.

L'intervention chirurgicale a montré une épидурite importante et a permis d'enlever une bande de tissu fibreux épaisse de 1 cm. 5. Cette intervention, uniquement extra-dure-mérienne, a fait disparaître le blocage sous-arachnoïdien et a provoqué le début d'une amélioration clinique, que l'on peut espérer importante.

DISCUSSION

M. DECOURT a eu l'occasion d'observer un cas semblable d'arachnoïdite évoluant par poussées successives.

La chorée fibrillaire de Morvan, par MM. H. ROGER, PEKELIS et ALLIEZ.

Il s'agit d'un cas ayant évolué pendant sept mois chez un jeune homme, à la suite d'une gonococcie avec fièvre, arthralgie, orchite. En plus des fibrillations musculaires généralisées et asynchrones, il existait des douleurs, des troubles psychiques à base d'asthénie et d'irritabilité, un syndrome neuro-végétatif prédominant au tronc et aux extrémités supérieures, avec sudation abondante, desquamation et rougeur des mains. Les auteurs discutent l'intervention d'un virus neurotrophe, probablement non spécifique, se localisant au niveau des centres neuro-végétatifs, psychiques et neuro-musculaires de la base du cerveau. Ils rapprochent cette affection de l'acrodynie infantile, se traduisant par la même atteinte sudorale, érythrosique, psychopathique et par la même localisation vraisemblable à la région hypothalamique.

P. MARESCHAL.

Société Française de Psychologie

Séance du Jeudi 18 Janvier 1934

Présidence : M. LALO, président

La dyssymétrie latérale dans la figure humaine, par M. Pierre ABRAHAM.

Au moyen de documents et de méthodes variés, l'auteur s'est attaché à l'étude de la dyssymétrie latérale dans la figure humaine. Parmi les portraits et les bustes, les plus anciens, conformément à la « loi de frontalité », sont symétriques, le sujet étant représenté entièrement de face ou de profil ; l'apparition de la dissymétrie est une manifestation plus tardive de tendances réalistes ; c'est ainsi que les masques « primitifs » sont symétriques, que les masques grecs — cela aussi pour répondre à la nécessité théâtrale d'exprimer des émotions variées — sont asymétriques. Si l'on utilise les photographies, on peut le faire avec des méthodes différentes : cacher tour à tour les deux moitiés ; couper l'épreuve selon l'axe vertical médian du visage ; tirer une épreuve en utilisant une seule moitié du cliché, verso et recto. Cette dernière méthode en particulier a donné à l'auteur des résultats intéressants : les épreuves obtenues avec les côtés droits et les côtés gauches des clichés ont une physionomie et une signification mimique très différentes, le plus souvent à l'avantage du côté droit de la face. Celui-ci exprimerait l'homme intérieur, tandis que le côté gauche n'exprimerait que l'homme social.

Biologiquement, la supériorité du côté droit de la face, au point de vue de l'expression, peut s'expliquer par la supériorité fonctionnelle du cerveau gauche.

Discussion. — M. PIÉRON insiste sur la nécessité de documents multiples pour l'étude d'un même sujet, et de recherches statistiques pour faire entrer dans le domaine scientifique les faits très intéressants exposés par M. Pierre Abraham.

M. le Dr René CHARPENTIER, très intéressé par les projections¹ de M. Pierre Abraham et ses ingénieuses conclusions, pense qu'il serait important d'examiner les mêmes sujets, non seulement à plusieurs reprises, mais aux différents âges. Il signale l'intérêt qu'il y aurait à faire ces recherches chez des gauchers et chez des ambidextres, et estime qu'il serait prudent, avant

toute conclusion, d'éliminer de ces examens les sujets présentant des dyssymétries pathologiques, même légères, congénitales ou acquises, dont la fréquence est très grande.

M. le Dr Henri WALLON pense que la dyssymétrie est en rapport avec l'asymétrie fonctionnelle des hémisphères cérébraux. Les conclusions, ou plutôt les hypothèses de travail de M. Pierre Abraham, donnent à ses vues une apparence quelque peu aventureuse. Ce qu'il veut dire, c'est que les deux moitiés du visage ont une expression différente. Pour établir d'une façon scientifique la signification de cette dyssymétrie, il faut multiplier les documents et recourir à un referendum étendu.

Daniel LAGACHE.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 27 Janvier 1934

Présidence : M. P. VERSTRAETEN, président

De l'optimisme en thérapeutique psychiatrique, par M. P. VERSTRAETEN. (Discours présidentiel).

Il est certainement aisé d'être optimiste lorsque les circonstances vous sont en toutes choses favorables, mais c'est un tort de croire cependant que l'optimisme dépend de la bonne fortune. C'est au contraire dans la lutte contre l'adversité que l'optimisme se fortifie et s'éduque. L'optimisme doit être une des principales qualités du médecin. La maîtrise de soi est indispensable également. Divers auteurs ont bien montré le rôle de la suggestion appliquée réfléchie, de l'auto-suggestion, de l'inconscient. Ce dernier est très docile et nous pouvons l'influencer pour arriver à l'optimisme. Mais cela ne suffit pas, la culture physique est indispensable : l'influence de l'air, de la lumière, de l'exercice et aussi d'un repos suffisant, sont nécessaires pour créer les conditions de l'optimisme. L'auteur envisage successivement l'influence du médecin optimiste au point de vue préventif et curatif, son rôle dans l'éducation familiale et scolaire.

En psychiatrie enfin, c'est encore l'optimisme qui doit être à la base de la thérapeutique, qu'il s'agisse de syndromes organiques ou fonctionnels. Une connaissance approfondie de l'élément psychique dans les maladies est nécessaire.

Il faut agir d'abord par persuasion rationnelle et méthodique, sans cesser d'être objectif et en montrant sa foi dans le résultat final. La suggestion demande plus de méthode encore que la persuasion, mais l'auto-suggestion doit rapidement supplanter l'hétéro-suggestion. La suggestion peut d'ailleurs collaborer avec la psychanalyse.

Une technique psychothérapique rationnelle, combinée à l'observance rigoureuse des règles d'hygiène générale et de culture physique, et une thérapeutique par le travail bien organisé, ont modifié complètement l'aspect des asiles modernes, en y créant une atmosphère de confiance et d'optimisme.

Étude sur la dégénérescence muqueuse du cerveau des déments précoces, par MM. d'HOLLANDER et ROUVROY.

Après un exposé historique de la question, les auteurs communiquent les résultats de leurs recherches basées sur l'étude anatomique de 16 cas de démence précoce.

Ils démontrent par de nombreuses projections des lésions de désintégration à contours polycycliques et réguliers contenant une substance spéciale se colorant métachromatiquement par les bleus basiques. Sur 16 cas, ces lésions ont été retrouvées douze fois, ce qui ne signifie pas d'ailleurs qu'elles soient absentes dans les 4 cas apparemment négatifs.

Ces mêmes lésions peuvent exister dans certains cas de démence sénile, de paralysie générale, d'encéphalite périaxiale diffuse, de méningite tuberculeuse.

Dans les systèmes blancs, on trouve des mucocytes et des foyers mucocytaires associés ; dans les systèmes gris, il n'y a que des plaques (formations en grappes). Ces dernières contiennent une substance spéciale qui les différencie des foyers mucocytaires ; de plus, elles contiennent des noyaux, et il n'existe pas d'images de transition entre les mucocytes et les plaques. Contrairement à l'avis de certains auteurs, il est donc peu probable que les formations en grappe résultent de la réunion de foyers mucocytaires.

La signification histo-pathologique de ces lésions est difficile à apprécier, mais la théorie toxique qui a été proposée à la suite de certaines expériences ne peut être retenue.

Il s'agit de produits de dégénérescence, non seulement de la névroglie, mais probablement aussi de la myéline.

DISCUSSION

Au cours de la discussion, le professeur P. DIVY signale que la substance en question n'est certainement pas du mucus, car elle est biréfringente, et que d'autre part il a obtenu des formations en plaques artificielles à l'aide de certains lipoides, qui s'échappent des coupes surtout à la périphérie.

J. LEY.

Société Belge de Neurologie

Séance du 27 Janvier 1934

Présidence : M. P. MARTIN, président

Arachnoïdite spinale localisée chez une malade atteinte d'hémiplégie infantile, par MM. COHEN et DAGNELIE.

Présentation d'une jeune fille de 25 ans, atteinte d'une hémiplégie cérébrale infantile avec épilepsie, chez laquelle on a vu se développer à l'âge adulte une paraplégie avec douleurs en ceinture et signes radiologiques de compression radiculaire allant de D 10 à L 1.

La laminectomie mit en évidence sous la dure-mère un kyste assez volumineux, sans lésions histologiques de l'arachnoïde à ce niveau. L'évacuation du liquide fut suivie d'une disparition rapide de la paraplégie et la marche redevint possible.

L'intérêt du cas réside dans la complexité du syndrome clinique au moment de l'admission et dans la qualité du résultat opératoire.

Première observation française de maladie d'Hallervorden-Spatz, par MM. Clovis VINCENT et Ludo VAN BOGAERT.

Projection du film et démonstration des lésions anatomiques trouvées à l'autopsie d'une malade bien connue dans les milieux neurologiques parisiens, et dont le diagnostic avait été très discuté.

La malade avait 13 ans lorsque apparurent des troubles de la marche et des spasmes très spéciaux de certains muscles de la face. Le syndrome neurologique était caractérisé principalement par une démarche saccadée, sur la pointe des pieds, avec lancement fréquent des bras vers le haut, torsion des pieds en dedans, spasmes de certains muscles de la face : orbitaires, péri-buccaux, propulseurs de la langue, abaisseurs de la mâchoire, et plus tard spasmes des muscles respiratoires.

L'alimentation était devenue très pénible et la malade fut emportée par une pneumonie de déglutition à l'âge de 24 ans, sans avoir jamais présenté le moindre trouble mental.

Un examen histologique minutieux sur coupes sérieées permit de mettre en évidence, bilatéralement, une dégénérescence sidérophyle de la substance pallidale et de la zone réticulée du locus niger, qui est formée d'éléments pallidaux et qui est d'ailleurs reliée au pallidum par une trainée de cellules analogues.

Le pallidum est réduit à une bande de 2 mm. à peine ; toute la lésion est caractérisée par la présence de grandes cellules surchargées de pigments noirs. Une partie des substances de désintégration sont des substances grasses. Toutes les autres formes des éléments mélaniques de la région (locus niger, corps de Luys) sont respectées.

Il s'agit en somme d'une dégénérescence lipo-sidérophyle pallido-réticulée, qui caractérise la maladie d'Hallervorden-Spatz, dont plusieurs cas ont été décrits à l'étranger.

Syndrome de la fente sphénoïdale, par MM. J. HEERNU et DECoux.

Relation d'une observation dont l'intérêt réside dans la multiplicité des symptômes associés et dans la difficulté du diagnostic. Il s'agit d'une femme dont l'affection évolua en 2 ans, et qui présenta d'abord des lombalgies. Ensuite apparurent des vomissements en même temps que des troubles sensitifs légers du côté gauche, des crises douloureuses dans la jambe droite, de l'anisocorie, de la diplopie, et du ptosis transitoire de la paupière gauche. Puis la malade présenta des troubles mentaux caractérisés par des périodes confusionnelles avec angoisse, hallucinations, stéréotypies et amnésie consécutive. Du côté des membres, la motilité et la réflexivité étaient normales ; il n'existait pas de lésions du fond de l'œil.

A la face, l'examen mettait en évidence, à gauche, une parésie des nerfs III, IV, VI et une anesthésie de la branche ophtalmique du V, de l'œdème de la paupière, des troubles vaso-moteurs et des troubles trophiques de la paroi nasale.

Le diagnostic d'une lésion au niveau de la fente sphénoïdale gauche fut confirmé par la radiographie, qui montrait une lame osseuse néoformée, sous la petite aile du sphénoïde. Mais l'examen radiologique systématique révéla des lésions osseuses dans la région lombaire, au niveau du bassin et de l'omoplate. Il s'agissait donc d'une maladie osseuse généralisée, différente de la maladie de Paget, et qui fut attribuée à l'évolution d'un cancer de l'estomac en raison des troubles digestifs qui avaient marqué le début de l'affection. La malade mourut en effet cachectique, mais la vérification ne put être pratiquée.

Procédés nouveaux de coloration de la myéline à l'état normal et pathologique, par MM. DAGNELIE et LISON.

Par le noir Soudan B, on peut obtenir de très belles colorations de la myéline, sans devoir employer aucune méthode de différenciation. Le bleu B.Z.L., d'autre part, colore les corps gras en bleu vif, et la myéline apparaît très légèrement teintée. Au point de vue pratique, ces colorations pratiquées sur coupes à congélation fournissent en moins de 24 heures des résultats aussi beaux que par la méthode classique de Weigert, plus longue et plus délicate. Les auteurs insistent sur la rapidité du procédé, qui ne demande aucune différenciation, et présentent diverses coupes très réussies, à l'appui de leur communication.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

II^e Réunion Européenne d'Hygiène Mentale

(Rome, 27-28 Septembre 1933)

I. RAPPORT

L'école et l'hygiène mentale, par le professeur E. MEDEA (de Milano).

L'école peut être antihygiénique si elle est mal comprise. Elle peut être hygiénique si elle s'inspire des principes de la prophylaxie mentale. Le Rapporteur étudie l'organisation de la ville de Milan, qui groupe, sous la direction d'un médecin, 22 médecins des écoles et 55 surveillantes. Ce sont eux qui dépistent les anormaux. Ceux-ci sont envoyés dans les établissements spéciaux de récupération et de redressement. Cette organisation s'appuie sur trois institutions : le *Corps national de la mutualité scolaire*, qui s'occupe spécialement de la moralisation des anormaux, — le *groupe d'action pour les écoles du peuple*, dont le but est l'hygiène préventive, — et l'*Œuvre nationale Balilla*, de caractère sportif. L'importance en effet de l'éducation physique est primordiale par ses bienfaits physiologiques et éthiques. — La sélection et le traitement des enfants anormaux se fait à plusieurs échelons : d'abord les *classes différentielles* essentiellement sélectrices, les *écoles autonomes* pour enfants éducatibles, enfin les *instituts spéciaux pour enfants anormaux*, annexés aux organisations asilaires. Le professeur Médéa donne des détails sur l'organisation d'une école autonome modèle, l'école Zaccaria Treves, à Milan.

Une œuvre d'assistance centrale coordonne tous les patronages et les nombreux instituts médico-pédagogiques : c'est l'Association pour l'enfance anormale. C'est que tous ces organismes sont nombreux en Italie. Il faut faire une mention spéciale pour les asiles-écoles de de Sanctis.

Envisageant ensuite les divers problèmes de psycho-pathologie pédagogique, le Rapporteur conclut, à propos de la fatigue scolaire, que « seul le rythme du travail » avantage le rendement et évite la fatigue.

L'éducation sexuelle doit être faite par la famille et s'inspire plus des préceptes de l'hygiène que de la psychanalyse. L'éducation religieuse est recommandée comme le moyen d'édification ou de redressement de la personnalité morale. Le rapport se termine par la comparaison des institutions américaines (School psychiatrie, worker », « Visiting teachers ») et de l'école milanaise modèle « la Scuola Rinnovata ».

DISCUSSION

M. REPOND (de Malévoz-Monthey) reproche au Rapporteur de ne pas avoir suffisamment étudié la psychopathologie de l'enfant dans un rapport trop orienté vers la forme de l'hygiène mentale et pas assez sur son objet propre : l'enfant anormal.

M. DONAGGIO (de Modena) insiste sur la prudence avec laquelle l'exercice physique, particulièrement sous sa forme sportive, doit être réglé par l'usage de tests biologiques de la fatigue, tel que celui qu'il a décrit. Il insiste sur l'importance du travail artisanal comme moyen d'éducation.

M. BOSCHI (de Ferrara) expose les bons effets de sa collaboration avec le professeur Legrenzi, à Ferrara.

Mlle DECROLY (de Bruxelles) insiste sur le développement du « self government » chez des enfants à éducation religieuse nulle ou médiocre.

COMMUNICATION

L'hygiène mentale du langage, par M. DESIDER WEISS (de Vienne).

Après quelques considérations générales où est notée l'importance du polyglottisme dans la genèse des troubles du langage de l'enfant et où est formellement indiqué le précepte de ne pas trop mettre l'enfant en vedette, et ne pas trop s'occuper de son langage, M. D. Weiss aborde l'étude du *balbutiement* caractérisé par l'omission, la prononciation défectueuse ou la substitution de quelques sons. Cette forme de trouble, fréquente chez l'enfant, peut dans ses formes graves s'apparenter aux troubles schizophréniques, le changement d'ambiance est le meilleur traitement. — Passant ensuite à l'étude du *bégalement*, il le considère avec l'école viennoise (Fräschels, Kraft-Ebing) comme une névrose de l'attention : c'est l'intervention malheureuse de celle-ci qui crée le trouble. De la théorie analytique du bégalement, peu de chose peut passer dans la pratique. Peut-être pourrait-on cependant, conformément aux idées de Coriot, Pamza, etc.), abréger la période de l'allaitement par succion. En fait, le trouble est cultivé et fixé par les réactions de l'entourage. C'est à cette situation que la thérapeutique doit s'attaquer. Elle donnera des résultats d'autant plus faciles et durables qu'il ne s'agira pas de bégalement d'« irritation », par épine irritative (Gutzmann).

II. RAPPORT

**L'assistance publique extra-hospitalière
aux prédisposés aux maladies mentales et aux malades
sortis des hôpitaux psychiatriques,
par le Professeur Aug. LEY (Bruxelles).**

Le rapporteur commence cette brève et claire mise au point d'un problème social si difficile, en indiquant son importance croissante. Le nombre des psychopathes augmente (cf. Congrès international d'hygiène mentale de Washington, 1930). Que peut-on faire avant l'éclosion du trouble mental ? Chez l'enfant, à la période pré-scolaire, le dépistage précoce par les médecins et infirmiers des principaux signes de névropathie infantile (cris prolongés, insomnie, agitation, difficultés dans la tétée, retard de dentition, de la marche, etc...), avec *fiche médicale*. A la période scolaire, *livret sanitaire obligatoire*, organisation d'écoles autonomes pour enfants anormaux. Les *tribunaux d'enfants* ont une lourde tâche et une lourde responsabilité. — A la période post-scolaire, le *service militaire* doit constituer une occasion et une opération de triage par des experts compétents. Pour l'adolescent et l'adulte, la publicité, la propagande, l'organisation des dispensaires d'hygiène mentale doivent être les principales pièces de l'organisme prophylactique. D'où l'extrême importance d'un service social. Le Dispensaire doit organiser la réadaptation au travail, la réadaptation familiale, l'orientation professionnelle.

Après le traitement à l'hôpital, ces malades, à qui faut-il les confier ? La sortie doit être préparée par le Service social. Le Dispensaire pourra préparer la réadaptation au travail par la rééducation ou l'éducation professionnelle. Mais les deux points noirs de cette organisation sont : les *épileptiques* et les *alcooliques*. Pour les épileptiques, il faut développer les colonies agricoles surveillées. Pour les alcooliques, « bien dirigés et encadrés d'amis qui pratiquent l'abstinence d'alcool, ces malades arrivent très souvent à se maintenir dans cette voie de salut, pour eux, la seule ».

DISCUSSION

M. CAMPAILLA (de Ferrara) demande *quid* des toxicomanes ?

M. CAPPELLETTI (de Venise) recommande l'emploi des psychopathes sans famille dans les services mineurs du dispensaire.

M. FIAMBERTI (de Sondrio) met en lumière l'importance de la syphilis.

M. BERSOT (de Neuchâtel) expose les bienfaits de la propagande sous les auspices de la Ligue suisse pour l'hygiène mentale.

M. GUNZBURG (d'Anvers) insiste sur la difficulté de former le *dossier médico-pédagogique* et le danger des récidives.

M. ROEMER (d'Illenou) expose sommairement les deux systèmes allemands : le *type Wendenburg* (assistance libre autonome) et le *type Kolb*, qui prédomine (centres ouverts annexés aux centres fermés).

COMMUNICATION

Les services de prophylaxie neuro-mentale en Italie,
par le Prof. PELLACANI (Bologne).

Ce travail est un tableau complet des services et de leur activité dans les diverses provinces. L'Italie compte une cinquantaine de dispensaires, une vingtaine de patronages pour les malades sortants, une dizaine de consultations d'enfants anormaux. Ces divers services sont groupés d'une façon autonome à Venise et à Gênes. Ces chiffres sont assez éloquentes par eux-mêmes.

Des renseignements sur diverses organisations locales sont donnés par les professeurs Amaldi (Florence), Fiamberti (Sandrio), Bonfiglio (Rome).

DISCUSSION

M. MATEY BRANDEJS (de Prague) montre le fonctionnement du service social récemment créé à l'hôpital psychiatrique de Prague. Des résultats encourageants ont été obtenus en ce qui concerne les sorties. Les familles se sont montrées plus dévouées pour leurs malades qu'on ne l'espérait.

M. ALEXANDER (de Bruxelles) fait une communication sur « *la section des adultes au dispensaire d'hygiène mentale de Bruxelles* », qui s'efforce, dit le rapporteur, de n'être pas une sorte d'antichambre de l'asile.

M. GUNZBURG (d'Anvers) prend ensuite la parole pour résumer l'expérience de « *trente années de protection de l'enfance anormale à Anvers* » ; il insiste spécialement sur le travail manuel, la gymnastique rythmique et le laboratoire. Il insère dans son travail un fac-similé de la fiche très complète des dossiers médico-pédagogiques.

III. RAPPORT

L'importance de la famille pour l'hygiène mentale,
par le Dr Hans ROEMER (d'Illenau).

L'hygiène mentale répond à un double but : l'un *préventif*, l'autre *constructif* : elle est hygiène et idéal. La tâche psycho-hygiénique de la famille est double. Avant tout, elle consiste dans la prophylaxie du facteur génératif et dans la prophylaxie du développement de l'individu. Rüdin et son école ont tracé les règles empiriques de l'eugénie. Ces études offrent une base suffisante pour décider dans certains cas la stérilisation des anormaux, telle que le gouvernement allemand l'a introduite récemment.

Le Rapporteur reconnaît l'importance de la « constellation familiale ». L'éducation dans la famille peut constituer une véritable « thérapeutique constitutionnelle » dans le sens d'Hoffmann. Des limites de nature patho-

logique arrêtent l'influence de l'éducation. Le devoir de l'hygiène mentale est de découvrir à temps ces limites. Au moment de la puberté, l'action de la famille a une grande importance.

DISCUSSION

M. SANTE DE SANCTIS (Rome) rappelle qu'il s'est toujours montré adversaire de « l'eugénique catastrophique ». Il critique le « pronostic héréditaire empirique » de Rüdin, qui est basé sur une expérience trop étroite pour constituer une démonstration. Il dénonce les méfaits de certaines vues trop métaphysiques, dont procèdent ces doctrines. Il a foi dans la pratique de l'hygiène mentale rectificatrice et particulièrement n'ayant jamais voulu s'enfermer dans le cadre rigide des constitutions fatales (on connaît ses travaux), il a foi dans le facteur familial qui peut agir sur la plasticité des troubles mentaux.

M. REPOND (de Malévoz-Monthey). — La société a le droit et le devoir de se défendre. Les lois d'assistance du type « assurances sociales » consolident les troubles morbides, ce sont des facteurs de démoralisation.

M. Aug. LEY (de Bruxelles) fait justement remarquer que la stérilisation des anormaux est un fait de prophylaxie et de thérapeutique qui n'a pas besoin d'être codifié et rendu obligatoire par une loi.

M. PAPPENHEIM (de Vienne) croit davantage aux œuvres et méthodes d'assistance et de prophylaxie mentale qu'à la stérilisation des anormaux.

M. ALEXANDER (de Bruxelles) s'élève également contre le principe de la stérilisation. Les lois sociales doivent lutter contre les causes accidentelles, occasionnelles et toxi-infectieuses des états psychopathiques et ne pas s'attaquer à des états dégénératifs plus ou moins « fatals ».

M. GUNZBURG (d'Anvers) appuie « le magnifique discours » du professeur Sante de Sanctis. Combien, dit-il, de génitiaux inférieurs ont des descendants normaux et des génitiaux géniaux créent des dégénérés ! Légiférer sur la stérilisation, c'est faire du sentiment et non de la médecine ou de l'hygiène.

M. ROEMER, en fin de discussion, précise qu'il n'a parlé qu'accessoirement de la stérilisation dans son rapport et que c'est seulement sur ce point qu'a porté la discussion. La loi allemande de stérilisation n'a été promulguée qu'après mûre réflexion. Elle ne se fonde pas sur des théories incertaines, mais sur des faits qui ont déjà attiré l'attention du Congrès international d'Hygiène mentale de Washington (1930), du 2^e Congrès allemand d'hygiène mentale de Bonn et de l'Union internationale des criminalistes qui se sont prononcés en faveur de cette mesure. L'école de Rüdin (Luxemburger, Lange, etc.) a montré que les descendants de schizophrènes avaient dix fois plus de chances de devenir schizophrènes que les descendants de sujets normaux et que les descendants des malades maniaques-dépressifs avaient soixante-dix fois plus de chances de devenir maniaques-dépressifs que les descendants de sujets normaux.

COMMUNICATIONS DIVERSES

La question du suicide en Turquie, par M. FAHREDDIN KERIM (d'Istamboul).

Etude statistique très complète. Il divise les suicides en trois groupes : les suicides observés chez les malades atteints de maladies mentales, — les suicides des psychopathes déséquilibrés sous l'influence de facteurs externes ou internes, — les suicides « observés chez l'individu normal et spécialement chez les cyclothymiques, et qui sont produits par des causes sociales, morales ou religieuses. La statistique terminale ne porte d'ailleurs plus trace de cette division. Il y a eu de 1928 à 1930, à Istamboul, 381 suicides par « désespoir » ; 79 par « misère et embarras de fortune » ; 24 par névropathie ; 3 par folie ; 20 par « ivrognerie » ; 18 par « amour » ; 44 par « maladie » ; 37 pour « causes inconnues ». Le professeur *Fahreddin Kerim* insiste sur l'importance des facteurs sociaux et notamment sur les facteurs sociaux, moraux et religieux qui ont amené ces dernières années une épidémie de suicides en Turquie qui « tendait à prendre une forme effrayante ». Une loi votée en 1931, interdisant la divulgation des cas de suicide par la Presse, aurait enrayeré cette épidémie.

DISCUSSION

M. MEDEA (de Milano) rappelle la statistique d'Antonini et Lepilli et rappelle les faits de suicide « mimétique » qu'ils ont rapportés.

M. PAPPENHEIM (de Vienne) déclare qu'en Autriche, on a pu observer un double fait : le nombre des *tentatives de suicide* diminue durant la crise économique, par contre, les *suicides consommés* augmentent. De plus, il y a augmentation de dépressions psychiques graves et diminution des grandes névroses. Ces faits pourraient s'expliquer en admettant que la gravité de la situation générale rend sensiblement moins graves les manifestations névrotiques et favorise moins le refuge dans la maladie ou la *tentative* de suicide.

L'influence de la famille sur la criminalité des mineurs,
par M. COCHERI (de Milan).

Sur 2.200 enfants délinquants examinés avec le professeur Antonini, plus de la moitié appartenait à des familles incomplètes ou irrégulières, ce qui n'exclut pas le facteur hérédopathologique. L'auteur termine par des considérations sur la conception freudienne du développement et l'importance du milieu familial et des conflits qu'il engendre.

La statistique européenne des malades mentaux,
par M. BERSOT (de Neuchâtel).

Sur l'enfance anormale et l'éducation de la mère et de l'enfant,
par M^e Roger METTETAL (de Paris).

L'héroïnomanie à Istamboul, par M. MAZHAR OSMAN (d'Istamboul).

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

PSYCHOLOGIE

Nouveau traité de psychologie, par Georges DUMAS, Membre de l'Académie de Médecine, Professeur à la Sorbonne. *Tome III. Les Associations sensitivo-motrices.* (1 vol. in-8° 462 pages, Félix Alcan édit., Paris 1933).

Le troisième des sept volumes de psychologie normale traite des *Associations sensitivo-motrices*, parmi lesquelles on a l'habitude de comprendre l'orientation et l'équilibre, l'expression des émotions, les mimiques et le langage. Il n'y a pas, assurément, de sens spéciaux ni d'appareil moteur spécial pour les fonctions sensitivo-motrices. Ce sont des fonctions du second degré, empruntant des voies efférentes et des voies afférentes à des appareils sensitifs et moteurs multiples qui ont déjà, par eux-mêmes, des fonctions spécialisées et auxquels elles imposent des systématisations secondaires. Mais elles n'en ont pas moins des centres dont l'existence témoigne de leur caractère fonctionnel.

Dans le livre I, consacré à *l'Équilibre et l'Orientation*, M. André Ombredane expose clairement les notions actuelles sur l'équilibre et la régulation stato-cinétique, les données expérimentales sur la régulation stato-cinétique, la régulation stato-cinétique chez l'homme et l'orientation prochaine par laquelle nous prenons connaissance de la direction des objets les uns par rapport aux autres et de notre corps par rapport à eux. L'orientation lointaine sera traitée dans un chapitre ultérieur.

Dans les deux livres suivants, M. Georges Dumas résume ses beaux travaux sur *l'Expression des émotions* et sur les mimiques. Il groupe, sous le nom d'*expressions préalables*, l'étonnement, l'attention, la surprise, parce que ces expressions, encore qu'elles puissent manquer ou n'être suivies d'aucune autre, précèdent souvent les expressions d'émotions qualifiées qu'elles ne sauraient jamais suivre. Dans les expressions préalables d'attention et de surprise, figurent beaucoup de réactions adaptées, issues de la volonté par l'habitude, en même temps que des réactions générales d'excitation et d'inhibition qui apparentent plus ou moins ces deux expressions avec celles de l'étonnement.

Les expressions spéciales : la joie, la tristesse, la peur, la colère, sont expliquées par les variations en plus ou en moins de l'excitation nerveuse, en faisant, quand il y a lieu, la part des éléments réflexes, automatiques,

instinctifs, habituels et volontaires qui s'associent aux variations de l'excitation. Phénomène normal, pour Ribot, l'émotion correspondrait pour Wallon à un stade depuis longtemps dépassé de l'évolution humaine. Ce serait l'héritage d'un passé dont nous sommes sortis et dont nous portons en nous les vestiges. Ceci tend à expliquer l'excès, la désadaptation, le désordre et le danger de ses manifestations dans une phase d'évolution qui ne lui convient plus. Et si, dans ses formes peu intenses, l'émotion active est tonique, stimulante, il semble bien, ajoute M. Georges Dumas, que l'organisme humain paie un peu cher, dans l'ordre de l'action, par les conséquences de ses émotions fortes, l'avantage qu'il tire assez souvent de ses émotions légères.

La sueur, la chair de poule, le tremblement, le rire, le pleurer, le sanglot, les larmes sont ensuite décrits sous le nom de *réactions émotionnelles communes*.

Toutes ces pages, dans lesquelles se retrouve une empreinte si personnelle et qui sont le reflet de l'enseignement si remarquable de M. Georges Dumas, sont à lire en entier de même que le livre III consacré à l'étude des *Mimiques*, imitations des expressions spontanées et dont on peut distinguer autant d'espèces qu'il y a d'expressions émotionnelles susceptibles d'être imitées. A l'étude des *mimiques motrices et sécrétoires* fait suite l'étude de la plus riche des mimiques, de la plus souple, de la plus chargée d'intelligence, de la plus expressive, la *mimique vocale* qui est aussi la plus difficile à analyser et dont nos lecteurs n'ont pas oublié la fine analyse publiée ici-même par l'auteur (1).

Enfin, dans le livre IV, M. André Ombredane complète l'importante contribution qu'il apporte à ce volume par l'exposé des problèmes du *langage*, gesticulation significative, mimique et conventionnelle, activité extrêmement complexe, que la pensée pénètre et qui la soutient, la multiplie, mais qui souvent aussi fonctionne automatiquement, libéré, jusqu'à un certain point, du contrôle cortical. M. André Ombredane en décrit les conditions physiologiques et les aspects pathologiques, étudie les rapports de l'aphasie et du déficit intellectuel, montre que l'unité du syndrome aphasique est plus théorique que réelle, et conclut sagement que le problème physiologique du langage comporte encore pour nous un grand nombre d'inconnues.

Il est inutile d'insister sur l'intérêt primordial de ce troisième volume, pour le neuro-psychiatre. Illustré de 155 figures, il est une remarquable mise au point de problèmes concernant des fonctions psychiques dont l'atteinte intéresse au plus haut point le clinicien. Ici, comme ailleurs, il trouvera exposées d'une façon claire et séduisante les acquisitions d'une longue expérience médico-psychologique, qui unit à l'enseignement en Sorbonne l'observation attentive, prolongée, minutieuse, des malades de la Clinique des Maladies Mentales, à l'Asile Sainte-Anne, où M. Georges Dumas observe, expérimente et enseigne, avec le succès que l'on sait, à côté de l'enseignement officiel de la Faculté de Médecine et depuis la création de celui-ci. Au nom de tous ceux des collaborateurs de la Clinique qui, depuis tant d'années, furent, directement ou indirectement, les élèves de M. Georges Dumas, qu'il me soit permis d'apporter ici le juste témoignage de leur admiration et de leur reconnaissance.

René CHARPENTIER.

(1) *Annales Médico-psychologiques*, juillet 1932, page 129.

L'Année psychologique. XXXIII^e Année (1932), publiée par Henri PIERON, Professeur au Collège de France, Directeur du Laboratoire de Psychologie de la Sorbonne (2 vol. in-8°), XX, 950 pages, Félix Alcan édit., Paris 1933.

Le trente-troisième volume de l'*Année Psychologique* apporte un ensemble de travaux originaux, tous basés sur les données expérimentales les plus rigoureuses ; la psychologie spéculative n'y a aucune place.

Le premier mémoire est une vaste vue d'ensemble, remarquable synthèse de M. Henri Piéron sur *Les bases sensorielles de la connaissance*. En conclusion de cet important exposé, se dégage cette leçon : qu'on n'est pas en droit d'opposer les représentations concrètes aux constructions symboliques abstraites de la science comme on est souvent tenté de le faire. Car nos perceptions elles-mêmes sont des symboles, naturels il est vrai, universels évidemment, mais qui ne sont pas pour cela plus proches de la réalité que des symboles algébriques convenus et des équations de tel ou tel degré, et qui peuvent même, d'après le critère des réussites de prévisibilité, en être plus éloignés.

On doit encore à M. Henri Piéron un mémoire où, en collaboration avec M. G. Durup, il expose des *Recherches au sujet de l'interprétation des phénomènes de Purkinje*, entièrement expliqué par la dualité des cônes et des bâtonnets sans qu'il y ait lieu de faire appel à une différence des courbes de sensation pour des récepteurs indépendants du rouge et du bleu. Le texte d'une conférence faite à Chicago et dans laquelle M. Henri Piéron montre quels progrès a réalisés l'*analyse des temps de réaction*, et une note consacrée au *paradoxe de l'action défavorable de la lumière bleue sur l'acuité visuelle*, complètent la part si importante prise par M. Henri Piéron dans la rédaction de la partie originale de l'*Année Psychologique*.

Parmi les autres travaux, il faut citer celui dans lequel, continuant ses intéressantes recherches sur les lois de la mémoire, M. Marcel Foucault apporte le résultat d'expérience sur la *marche de la fixation d'une série de mots*, tandis qu'une de ses élèves, Mlle H. Cavini, expose brièvement en un autre article *les lois de l'exercice dans les mouvements volontaires*.

Un volumineux mémoire, rempli de données numériques, dû à la plume du Dr P. Quercy, compare les *classements d'écoliers par les maîtres, par les tests, par le hasard*, est complété en appendice par une note plus technique de Mlle Jeanne Monnin, calculant les *corrélations entre les classements d'écoliers d'après un test d'intelligence et d'après le travail scolaire*.

Enfin un très intéressant travail de M. G. Durup, apporte un certain nombre d'observations inédites dues à l'auteur sur *Les phénomènes hypnagogiques et l'invention*.

Dans les Notes et Revues, il faut citer encore un travail de Mlle D. Weinberg et M. F. Fischgold, donnant les *étalonnages établis par les auteurs sur l'acuité auditive chez les écoliers*, domaine si mal exploré jusqu'à présent, et quelques données de M. A. Chweitzer sur *le réapprentissage et le transfert de l'exercice*.

Comme les années précédentes, des analyses bibliographiques font de cette publication annuelle un instrument incomparable de documentation. On trouvera, dans ces deux volumes, 1.710 comptes rendus analytiques dus à 26 collaborateurs remarquablement choisis, dont l'effort fécond fait de l'*Année Psychologique* un recueil absolument indispensable à l'étude de toute question de psychologie normale ou pathologique. On ne saurait trop remercier M. Henri Piéron de cet effort continu, qui vient à bout de toutes les difficultés.

René CHARPENTIER.

L'émotion, par Renée DEJEAN. (1 vol. in-8°, 261 p., Félix Alcan, éd., Paris, 1933).

Collaboratrice du Dr Bourguignon avec qui elle a étudié la chronaxie normale du nerf vestibulaire de l'homme, l'auteur expose, notamment, dans son bel ouvrage, les variations du tonus d'origine émotionnelle par opposition à ces mêmes variations d'origine lésionnelle. Cette partie de son livre, encore qu'elle n'en soit pas la plus longue, nous intéresse particulièrement et contribue à préciser le mécanisme de l'émotion.

On sait que les chronaxies des nerfs sensitifs et moteurs et du faisceau pyramidal sont de cinquante à cent fois plus petites que celles du nerf vestibulaire dont l'influence sur le tonus postural est des plus importantes et qu'en outre dans les régions thalamiques et sous-thalamiques des rapports étroits s'établissent entre les centres du tonus et ceux de la vie végétative. L'écart est trop grand entre les chronaxies du système cinétique, d'une part, et celles du système tonico-viscéral, d'autre part, pour que la même incitation, qui suffit à mettre en jeu le premier, puisse exciter aussi le second. Normalement, en effet, les excitations qui déterminent des mouvements dans l'activité de relation ne provoquent pas, en même temps, les réactions toniques et viscérales qui caractérisent l'émotion. L'émotion serait donc, comme l'a dit Lapicque, le résultat de l'irradiation ou de la transmission d'une excitation nerveuse de grande intensité dans des voies insolites de chronaxies plus élevées que celles de la voie habituelle. Mais alors, objecte l'auteur, le système cinétique devrait être, lui aussi, excité au maximum ; or, souvent, au contraire, il ne fonctionne plus. En outre, les deux systèmes, postural et cinétique, si dissemblables par leur nature et leur excitabilité, fonctionnent d'ordinaire synergiquement : le moindre mouvement intentionnel ou habituel n'est possible qu'à cette condition. En réalité, la contraction tonique du muscle, pendant le mouvement, est étroitement subordonnée à ce mouvement. L'insuffisance de subordination est révélée par la dysmétrie, l'asynergie, l'instabilité, elle peut être provoquée, transitoirement, par l'émotion. Il se produit, dans l'émotion, une libération fonctionnelle, une dissociation des fonctionnements ordinairement synergiques, mais hiérarchisés, des systèmes toniques et cinétiques et, si l'excitation nerveuse devient très forte, une prévalence du système tonico-viscéral par dérivation dans cette voie unique, mais non une irradiation de l'excitation nerveuse d'un système dans l'autre.

L'émotion réalise donc brusquement, quoique d'une façon temporaire, cette dissociation fonctionnelle des deux systèmes et ce fonctionnement autonome du système postural que déterminent certaines lésions des cérébelleux ou des parkinsoniens. Comment cette dissociation se produit-elle alors que, du fait des connexions anatomiques intactes, la subordination du tonus au mouvement reste possible chez l'émotionné ? On ne peut faire appel aux variations de chronaxies des centres ou des conducteurs nerveux qui ne surviennent pas avec la rapidité requise pour expliquer les réactions émotionnelles.

L'excitation nerveuse qui provoque ces phénomènes toniques et viscéraux est en rapport étroit et constant avec un phénomène psychique qui atteint aussi son maximum chez le sujet émotionné : la grande affection qu'il ressent en raison de la valeur considérable qu'il attache à l'événement, valeur qui le rend insensible à tout le reste et l'absorbe complètement. Fortement affecté, désadapté au réel, dérouté de son orientation vers le but à atteindre,

l'émotionné ne peut plus subordonner le tonus du muscle au mouvement. L'émotion, par la manière dont elle se déclanche, est donc d'origine essentiellement psychologique ; par la façon dont elle se réalise elle constitue un phénomène complexe, une interaction psychophysiologique.

On voit poindre ici cette notion de *Valeur*, capitale pour l'auteur qui, dans les premiers chapitres de son livre, analyse notre affectivité, c'est-à-dire notre « sélection » et notre « table des valeurs », ainsi que notre « diathèse » émotive constitutionnelle et acquise avec son anaphylaxie et son accoutumance. Cette notion conduit à une théorie de l'émotion qui dépasse nos connaissances scientifiques et pénètre dans la métaphysique. Nous sommes amenés, conclut l'auteur, à constater la dualité radicale — de nature comme de mode d'action — de l'esprit et de la matière nerveuse. L'esprit dirige notre comportement dans le sens d'une réponse efficace à l'action du réel, suivant la valeur que ce réel présente pour nous ou sa prévalence sur d'autres valeurs. Dans l'émotion ce fonctionnement nous échappe parce que nous sommes détournés du réel, absorbés par la façon dont il nous affecte et par l'intensité de cette affection.

Opposée au monisme idéaliste ou matérialiste, cette théorie s'écarte aussi de celle du parallélisme psychophysiologique en ce qu'elle admet non seulement une interaction psycho-physiologique mais aussi, dans certains cas, une indépendance réciproque. « Le psychisme, écrit l'auteur, n'est pas un instrument pour le cerveau, mais il est « ce » qui subordonne les fonctions nerveuses et ordonne les mouvements élémentaires en ensembles kinétiques orientés vers un but, « ce » qui organise des mécanismes qui sont des « moyens » en vue d'obtenir un résultat et qui s'en sert suivant ses intentions. »

En somme, selon cette théorie, et abstraction faite de toute croyance, l'émotion apparaît comme une sorte de manifestation schizophrénique transitoire, alors que Ribot, et d'autres après lui, la considèrent comme une réaction normale de la vie affective.

J. CAPGRAS.

PSYCHIATRIE

Manuel de technique psychométrique, par le Dr Gaston LEFÉBURE DE BELLE-
FEUILLE (1 vol. in-8°, 178 pages, édit. Beauchemin, Montréal, 1933).

Un très vif mouvement en faveur de l'hygiène mentale s'opère au Canada depuis quelques années. Or l'assistance aux enfants anormaux est bien, dans la prophylaxie des troubles mentaux et de la délinquance, une des premières mesures à prendre.

Le livre de M. de Bellefeuille est un appoint à cet édifice. L'auteur publie en effet une sorte de traduction des échelles de Kuhlmann et de Terman, elles-mêmes adaptations des procédés de mesure pour le développement de l'intelligence, que nous avons publiés avec Binet de 1905 à 1910.

La principale adaptation de l'échelle de Terman, réalisée par M. de Bellefeuille, consiste en une révision des 100 mots qui constituent l'épreuve de vocabulaire, — et qu'on ne peut en effet accepter *ne varietur* d'un pays à l'autre.

Je ne puis m'empêcher toutefois de me poser une question. En physique, nous avons deux graduations thermométriques d'usage courant : la gra-

duction centigrade et la graduation de Fahrenheit, et le passage de l'une à l'autre reste aisé. Mais en matière d'échelle métrique pour la mesure de l'intelligence, et en présence des menus changements que chaque auteur apporte aux épreuves dont il emprunte généreusement l'essentiel, j'ai l'impression que ces thermomètres successifs — pour suivre ma comparaison — diffèrent surtout par un degré variable d'hygrométrie de l'alcool qu'on y utilise... et sans qu'on puisse apprécier la modification qui en résulte dans les appréciations. Les premiers traducteurs de notre méthode (Goddart, Burt, etc.) nous paraissaient dans une voie meilleure en cherchant une équivalence rigoureuse de nos épreuves. Sans quoi je persiste à penser qu'il aurait été préférable de faire « entièrement nouveau ». Peut-être était-ce trop difficile...

J'aurais aimé trouver aussi dans le volume de M. de Bellefeuille quelques-uns des appoints que nous avons apportés depuis 1911. Leur absence me fait constater une fois de plus l'extrême difficulté de la diffusion des idées. L'absence de correction à l'échelle de Terman — dont l'éloge par M. l'abbé Jeanjean m'a fait sourire — n'indiquerait-elle pas de même combien toute mise au point est délicate ?

Th. SIMON.

L'interprétation délirante. Etude critique des concepts psychiatriques concernant cette notion, par le Dr Jean LALANNE, interne de l'asile de Maréville. (*Thèse Nancy, 1933, 102 pages, G. Thomas, éd.*)

Thèse inspirée par M. Hamel. Entrevue par Esquirol, nettement différenciée par Leuret, l'interprétation est surtout étudiée en France par Sérieux et Capgras qui isolent de la masse confuse des états délirants la psychose chronique à base d'interprétations délirantes. Sérieux et Libert distinguent le symptôme interprétation, épisodique, pouvant exister dans la confusion mentale, les états démentiels, la psychose périodique et certains états dépressifs, et le syndrome interprétatif symptomatique d'une psychose essentiellement variable et que l'on devra différencier du délire d'interprétation proprement dit. Ultérieurement, Dupré décrivait son délire d'imagination qu'il rapprochait du délire interprétatif de Sérieux.

Quant à la notion de paranoïa, bien assise aujourd'hui, il a fallu des années pour la sortir des conceptions primitives, confuses, de l'ancienne école allemande et aboutir à la compréhension actuelle de la constitution paranoïaque, base et fondement des diverses variétés cliniques du délire d'interprétation.

M. Lalanne a décrit une étude historique intéressante en exposant en raccourci les différentes théories traitant de cette question capitale en psychiatrie de l'interprétation délirante.

R. DUPOUY.

Existe-t-il des rapports entre la folie maniaco-dépressive et la démence précoce ? par le Dr Pierre DE BOUCAUD. (123 p., Imprim. de l'Université *Thèse, Bordeaux, 1933.*)

S'il existe un sujet sur lequel, depuis Kræpelin, la majorité des psychiatres s'entendent, c'est bien la distinction qu'il faut établir au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et de la thérapeutique, entre la psychose maniaco-dépressive et la démence précoce. Contre ce dogme classique, l'auteur appuyé sur l'expérience de son maître, le Dr Ducos, Médecin-Chef à l'Asile de Château-Picon, émet au nom de la clinique, une opinion révolu-

tionnaire ; il soutient que des malades atteints de folie intermittente vraie, peuvent devenir de véritables déments précoces. Son travail, après une critique de la conception krapélienne, tient essentiellement en une présentation de 5 observations détaillées, dont deux au moins, fort intéressantes, et en leur discussion. De Boucaud constate en terminant : « Plus les malades présentent de symptômes purs de la folie maniaco-dépressive, moins ils ont de chances de devenir déments précoces, et inversement ; les signes de démence précoce ainsi constatés peuvent survenir à n'importe quel moment de l'évolution de la folie maniaco-dépressive, même après plusieurs accès ; cette évolution anormale de la folie intermittente serait due à une véritable constitution psychique morbide de vulnérabilité mentale. » Si ces idées ne rallient pas l'assentiment unanime, cette thèse écrite en un style alerte, peut intéresser tous les psychiatres.

Robert PAULY.

Contribution à l'étude de l'état mental des Parkinsoniens post-encéphalitiques, par le Dr Paul NICOLAÏ. (1 vol. in-8°, 130 pages, Thèse Marseille, 1933, Bosc frères, M. et L. Rion édit., Lyon).

Séquelle fondamentale de l'encéphalite épidémique, le parkinsonisme s'accompagne de bradypsychie comme il s'accompagne de bradycinésie. A la phase aiguë, et quel que soit l'âge, on note du délire onirique, de la confusion mentale parfois discontinue, de la stupeur quelquefois accompagnée de négativisme. Des réactions antisociales, assez rares, peuvent se produire, avec inconscience de l'acte et même amnésie totale.

A la phase chronique, les troubles mentaux diffèrent suivant l'âge du sujet. Chez l'adulte, à la bradyphrénie, trouble fondamental, peuvent s'associer des troubles dépressifs d'intensité variable et des syndromes d'allure hébéphréno-catatonique. Chez l'enfant et l'adolescent, on observe fréquemment des syndromes d'excitation psychomotrice diffuse à exagération vespérale, des troubles du caractère, des perversions morales, des perversions sexuelles, avec réactions anti-sociales conscientes, mnésiques et nettement pathologiques, qui nécessitent l'internement.

Le pervers post-encéphalitique diffère du pervers instinctif constitutionnel par l'absence d'indifférence affective et morale totale. Ses réactions apparaissent comme secondaires à son excitation et donnent l'impression d'impulsions. Aussi M. Nicolaï, sans conclure nettement, semble-t-il avoir tendance à admettre, avec un grand nombre d'auteurs, que l'encéphalite épidémique n'a pas seulement une action occasionnelle sur un terrain prédisposé, mais suffit, à elle seule, à créer une véritable « invalidité morale ».

R. C.

Du rôle du Sympathique dans la genèse de quelques troubles fonctionnels. Contribution à l'étude du mécanisme et du traitement de ces troubles en pathologie mentale, par M^{lle} Elizabeth JACOB. (1 vol., in-8°, 132 pages, Thèse Paris 1933. Jouve et C^{ie}, édit.).

L'étude des réactions biologiques au cours des affections mentales fournit presque toujours des renseignements fort intéressants. S'il existe à la vérité certains groupes de psychoses dans lesquels les réactions biologiques ne semblent pas modifiées, il en est au contraire un bien plus grand nombre où l'exploration montre des troubles biologiques presque aussi importants que ceux des fonctions psychiques. Tel est, en particulier, le groupe

des états dépressifs, anxieux, confusionnels, excito-maniaques, ou catatoniques, etc., qui méritent vraiment le nom de *psychoses auto-toxiques*. Dans tous ces cas, le trouble mental ne semble vraiment que l'expression la plus caractérisée de la maladie ; mais celle-ci peut se traduire simultanément par bien d'autres troubles fonctionnels, montrant qu'elle atteint par conséquent tout l'organisme, les fonctions cérébrales surtout, mais aussi en même temps bien d'autres fonctions viscérales.

Il est probable, comme l'admet Mlle Elizabeth Jacob, dans son excellent travail, que tous ces troubles soient sous la dépendance commune d'un dérèglement général du système sympathique, — mieux vaudrait dire du système nerveux végétatif. — Mais il faut bien spécifier que cette perturbation du système nerveux végétatif, sympathique ou para-sympathique, n'est lui-même que la conséquence de troubles plus profonds, probablement humoraux et toxiques.

En tous cas, c'est bien à ce dérèglement de l'innervation végétative que doivent être rattachés les troubles fonctionnels viscéraux si fréquemment observés dans tous ces syndromes. En effet, ils ne traduisent certainement pas une altération anatomique de ces organes, car on voit ces troubles apparaître et disparaître d'un jour à l'autre avec une variabilité et une instabilité qui dénotent à elles seules la perturbation fonctionnelle d'origine nerveuse.

Ils ne sont en aucune façon la cause primordiale de la maladie, car ils peuvent disparaître sans que celle-ci soit modifiée. Ils ne sont donc que les conséquences, par mécanisme nerveux, parallèles aux troubles mentaux et dépendant comme eux d'une cause initiale plus profonde.

Mais pour n'être que des conséquences, ces perturbations fonctionnelles viscérales n'en sont pas moins capables de produire à leur tour toute une série de troubles mentaux accessoires, qui peuvent se surajouter au syndrome clinique fondamental, en modifier plus ou moins l'expression, et constituer toute une série de *syndromes secondaires* dont la connaissance en pathologie mentale est des plus importante.

C'est à quelques-uns de ces syndromes secondaires, d'origine rénale qu'E. Jacob a consacré son intéressante thèse inaugurale.

L'étude de ces syndromes urinaires, expression de perturbations du métabolisme ou de troubles de l'excrétion rénale, est d'autant plus intéressante qu'elle amène à des conclusions thérapeutiques : dans la mesure où il est possible de les corriger par un traitement, on peut faire disparaître les troubles secondaires surajoutés à l'affection mentale elle-même.

C'est ainsi qu'au cours d'un certain nombre de syndromes mentaux apparaît une *acidose*, avec acétonurie souvent importante, généralement sans glycosurie ni albuminurie, indépendante de l'inanition et susceptible de provoquer des exagérations considérables de l'anxiété, de l'agitation ou de la confusion. Ces états de *cétose* sont remarquablement corrigés par l'insuline, ou même par l'ésérine, qui obtiennent ainsi des améliorations très nettes.

De même surviennent assez souvent chez ces malades une *oligurie* remarquable par sa résistance aux diurétiques usuels, toni-cardiaques, théobromine, composés mercuriels, scille, sérum hypertonique, etc... Avec toutes les conséquences qu'elle peut entraîner, cette oligurie, souvent considérable et tenace, entraînant une diminution importante des éliminations urinaires, une rétention de substances toxiques, et parfois même une véritable urémie secondaire, constitue une complication souvent grave du syndrome mental.

Or elle paraît elle aussi céder très souvent à l'action de doses assez faibles d'ésérine.

Enfin dans d'autres cas s'observe, dans les mêmes conditions, un syndrome d'*azotémie* associé parfois aux précédents, mais qui peut, comme ceux-ci, se rencontrer isolément, se rapprochant des syndromes « d'encéphalite psychosique aiguë azotémique » étudiés par Marchand, ou des « azotémies d'origine nerveuse » signalées par Toulouse et Courtois. Dans ces cas encore, l'action de l'ésérine est particulièrement favorable.

Une notion thérapeutique importante se dégage ainsi de ce travail ; c'est l'action remarquable du *salicylate neutre d'ésérine* sur ces troubles du métabolisme et de l'excrétion rénale. Administré simplement par voie buccale, aux doses relativement modérées de 15 à 60 gouttes par jour de la solution habituelle (sulfate neutre d'ésérine 1 cgr., eau distillée 1 cc. 5, glycérine 3 cc. 5, alcool à 96, 9 s. pour 10 cc.) (Moutier), cet agent fait souvent disparaître assez rapidement l'oligurie ou l'azotémie des mentaux, voire même l'acétonurie, aussi bien que l'insuline.

C'est à ce titre un agent précieux introduit dans la thérapeutique symptomatique des maladies mentales.

Poursuivant ses recherches sur le traitement des syndromes mentaux, Mlle E. Jacob établit une seconde formule, également intéressante et utile, dans certains cas de stupeur, de catatonie ou de confusion mentale. C'est l'association d'*adrénaline* et de *pilocarpine*, qui semble assez souvent en effet stimuler d'une façon globale les fonctions végétatives, favoriser les éliminations toxiques, et accélérer l'évolution de ces syndromes vers la guérison. (Adréline au 1.000°, d'une part ; — nitrate de pilocarpine 1 gr. 25, alcool à 90, 50 cc., glycérine 30 cc., eau distillée 15 cc., d'autre part ; les deux solutions sont administrées *per os* simultanément, 30 à 60 gouttes de chaque par jour).

Tels sont les renseignements précieux que nous apporte ce travail. Ils ne résolvent évidemment pas le problème de l'origine même des maladies mentales ; mais ils nous font entrevoir la fréquence des troubles fonctionnels viscéraux surajoutés à ces syndromes, les modifications du tableau clinique et les aggravations de pronostic qu'ils peuvent réaliser, et la thérapeutique efficace que l'on peut opposer en particulier à ces troubles secondaires du métabolisme, des fonctions pancréatique ou de l'élimination rénale.

J. TINEL.

Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement des états psychoneurasthéniques, par le Dr Jean MICHEL, interne à l'asile de Maréville (*Thèse Nancy*, 1933, 107 p., L. Stoquert, éd.).

Dans cette thèse inspirée par M. Hamel, l'auteur réunit sous le même vocable et dans une même conception les neurasthéniques de Beard et les psychasthéniques de Janet — asthéniques, anxieux, obsédés, phobiques, cénestopathes, accessoirement hypocondriaques, revendicants, mélancoliques ou hypomaniaques, même hystériques. Il passe en revue les théories organiques et psychiques relatives à la pathogénie du syndrome, en insistant sur les théories psychanalytiques, puis il expose une conception générale, personnelle, de l'affection et de ses principaux symptômes. Il envisage ensuite la question, si délicate et si ingrate, du traitement, dont la psychothérapie, associée à l'isolement et à une médication acidifiante destinée à lutter contre l'alcalose, paraît devoir être la partie essentielle.

R. DUPUY.

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

Etude neuropsychiatrique sur les boxeurs (Neurologisch-psychiatrische Untersuchung an Boxern), par E. IOKL et E. GUTTMANN. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1933. n° 15.

Les auteurs étudient les troubles neuropsychiques observés chez les boxeurs, notamment à la suite du knock-out. Les phénomènes d'amnésie rétro- et antérograde retiennent particulièrement l'attention. Le plus souvent ces troubles sont fugaces et d'un pronostic absolument bénin. Mais on observe aussi des troubles plus durables et plus graves : états confusionnels prolongés, états d'affaiblissement intellectuel progressif en relation manifeste avec des lésions centrales, épilepsie, séquelles commotionnelles, hémorragies centrales et méningées.

E. BAUER.

Localisation de la conscience et de l'émotivité (Localization of Consciousness and Emotion), par Leland B. ALFORD. *The American Journal of Psychiatry*. T. XII, n° 4, pp. 789-800, janvier 1933.

Les lésions localisées du cerveau donnent assez fréquemment des troubles neurologiques et des désordres mentaux. En éliminant les syndromes liés à l'hypertension intracrânienne, ceux de la syphilis dont l'extension insidieuse est difficile à délimiter, peut-on grouper des syndromes lésionnels par rapport à un trouble mental bien déterminé, comme la perte de la conscience ou le déséquilibre émotif ? — Alford réunit 33 cas d'hémiplégie gauche sans trouble de conscience ; il fait la même constatation pour des lésions lobaires corticales droites et pour d'autres qui touchent aux centres de la parole. Par contre, l'hémiplégie droite, surtout avec participation de lésions capsulaires, s'associe souvent à la confusion mentale. Si les lésions s'étendent vers la base (toujours dans l'hémisphère gauche), les risques de délires émotifs, de troubles de l'humeur augmentent. Cette méthode, d'associer à des syndromes neurologiques un trouble mental défini, bien qu'encore rudimentaire dans sa documentation, paraît à l'auteur devoir être profitable aux recherches psychopathologiques.

P. CARRETTE.

Sur l'Apraxie Pure Constructive. Les troubles de la pensée spatiale et de la somatognosie dans l'Apraxie, par J. LHERMITTE et J. O. TRELLES. (Avec quatre planche hors texte). *Encéphale*, n° 6, juin 1933, p. 413.

Parmi les causes de l'apraxie se trouve une altération spéciale de la pensée spatiale envisagée dans son sens le plus large, c'est-à-dire celui des représentations de l'espace extérieur et des objets qu'il contient, des rapports de notre moi corporel avec cet espace, de la notion enfin, que chaque être possède de sa personnalité physique.

Les troubles de l'apraxie paraissent conditionnés par un défaut de liaison,

de collaboration ou d'harmonie entre les centres des représentations spatiales et ceux des mouvements volontaires.

L'examen histopathologique du cerveau d'un de leurs apraxiques a permis aux auteurs de constater l'existence de lésions bilatérales symétriques et strictement limitées à la région pariétale inférieure. Il est permis de penser que ces lésions ont interrompu les voies d'union entre les sphères sensitivo-motrices et visuelles et détruit, en totalité ou en partie, la somatognosie sans laquelle tout essai d'action sur l'espace ne peut être que vain ou incohérent.

Roger ANGLADE.

De la fréquence des réactions pupillaires normales dans la paralysie générale (Über die Häufigkeit normaler Pupillenreaktionen bei progressiver Paralyse), par H. Voss. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*. Vol. 99, fasc. 6-8.

Les réactions à la lumière et à la convergence ont été normales dans 30 cas sur 162 malades examinés. Parmi ces 30 malades, 13 ont présenté en outre des réactions sérologiques atypiques. L'état des réflexes lumineux est sans importance pour le pronostic.

E. BAUER.

Paralysie générale à forme de Lissauer (Paralisis general a forma de Lissauer), par Roque ORLANDO. *Archivos Argentinos de Neurologia*. T. VII, n° 6, pp. 289-301, janvier 1933.

La paralysie générale à prédominances symptomatiques pose un problème diagnostique et pronostique qui n'est pas négligeable. Orlando résume les observations les plus connues et décrit un cas nouveau de méningo-encéphalite avec atrophie temporale gauche. Dans la pratique, il s'agit de préciser si on est en présence d'un foyer artério-scléreux ou d'une lésion atrophique consécutive à une poussée inflammatoire localisée avec ischémie secondaire. Dans le second cas, les symptômes se déclarent successivement et passent par toutes les phases imposées par la progression du processus destructif. L'évolution se fait par poussées, lentement avec des phases d'épilepsie jacksonienne quand le renforcement du processus s'adresse aux zones motrices.

P. CARRETTE.

Allergie cutanée et superinfection syphilitique chez les paralytiques généraux, par Francesco LISI et Fabio PENNACCHI. (*Annali dell' Ospedale Psichiatrico di Perugia*, juin 1933).

En utilisant les voies intradermiques, les auteurs ont étudié la réactivité générale à plusieurs substances protéiques (animales et bactériennes) et l'allergie cutanée spécifique vis-à-vis de produits tréponémiques non virulents, cela chez 32 paralytiques généraux. Des examens répétés à plusieurs mois d'intervalle, ont permis de constater que la peau de ces patients montre des réactions positives dans 50 0/0 environ des cas aux substances qu'on a employées (Iaccaseal, Dmelcos, vaccin staphylococcique et streptococcique, tuberculine, trichophytine). Les moyennes les plus élevées ont été obtenues par l'intradermoréaction à la tuberculine. Par l'emploi des produits tréponémiques morts (Suétine-Busson, Luotest-Müller), ils ont obtenu des résultats nettement positifs dans 40 0/0 des cas. Chez 17 de ces sujets, fut pratiquée la scarification cutanée, afin de réinoculer du matériel trépo-

némique vivant : dans 76,47 0/0 des cas, on a obtenu un tableau clinique caractérisé, surtout par l'apparition de tubercules agminés tertiaires que les autres croient être de nature super-infectieuse.

Dans tous les cas, il apparaît qu'on ne doit plus considérer comme on l'admet en général que la peau du paralytique général est habituellement anergique.

P. ABÉLY.

Volumineux kyste échinococcique du lobe frontal droit, par MM. DIVRY, CRISTOPHE et MOREAU. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, mai 1933).

Observation d'un cas, très rare, d'échinococcose cérébrale. Sujet de 36 ans, présentant un syndrome de tumeur cérébrale, vomissements, céphalalgies, stase papillaire bilatérale d'une part, troubles du langage, euphorie puérile passagère, torpeur cérébrale consécutive d'autre part. Après radiographie peu concluante du crâne, trépanation par large volet fronto-pariétal gauche en raison de l'apparence d'aphasie. On ne découvre pas la tumeur. Décès. A l'examen nécropsique, volumineux kyste du lobe frontal droit. Examen anatomo-pathologique détaillé, montrant la présence de scolex. Considérations sur les difficultés du diagnostic d'un kyste hydatique du cerveau, sa rareté d'après les statistiques de Debré, Mollow. Il est sept fois plus fréquent chez l'enfant. Chez ce dernier, les troubles psychiques sont tardifs. L'altération de la voûte crânienne, la céphalalgie localisée, la sensation parcheminée au niveau du crâne, une sonorité particulière à la percussion auraient une grande valeur diagnostique. On recherchera la réaction de fixation et l'éosinophilie sanguine. Le traitement est l'extirpation aussi complète que possible, de la membrane parasitaire. La mortalité est élevée.

SENGÈS.

Les hématomes sous-duraux post-traumatiques, par Th. ALAJOUANINE, Th. de MARTEL et J. GUILLAUME. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 février 1933.

Les traumatismes crâniens déterminent trois variétés d'hémorragies péri-encéphaliques : les hématomes extra-duraux, les épanchements méningés sous-arachnoïdiens et les hématomes sous-duraux. Ces derniers sont aujourd'hui plus aisément reconnus et localisés avec le secours de l'encéphalographie. Diagnostiqués à temps ils donnent après intervention des guérisons parfaites. Ils soulèvent toutefois des problèmes pathogéniques qui ne sont pas élucidés. Leur organisation après un traumatisme parfois minime, leur enkystement, leur évolution longtemps silencieuse, leur développement malgré une méninge par ailleurs saine, l'absence de tendances à la récurrence sont autant de faits encore insuffisamment expliqués qui montrent la voie de nouvelles recherches anatomo-cliniques.

P. CARRETTE.

Tumeurs de la glande pituitaire et des formations voisines (Tumors of the Pituitary Gland Its Neighboring Structures), par Leo M. DAVIDOFF. *The Psychiatric Quarterly*. T. VII, n° 1, p. 72-83, janvier 1933.

La région pituitaire peut devenir le siège de tumeurs dont la symptomatologie est généralement complexe. Elles se développent à un carrefour important où l'on trouve une glande avec son pédicule suspendu à une masse

nerveuse comprenant plusieurs noyaux. Cet ensemble préside à la croissance, au métabolisme et à la régulation endocrinienne. Dans le voisinage immédiat les lésions s'étendent aisément aux centres végétatifs de l'hypothalamus, au chiasma optique, à des branches de l'hexagone de Willis. Le nombre des symptômes indique clairement l'étendue des nécessités thérapeutiques locales dont la base est chirurgicale et l'adjuvant habituel la Roentgenthérapie.

P. CARRETTE.

Hydrocéphalie acquise (Acquired Hydrocephalus), par Lydia B. PIERCE. *The American Journal of Psychiatry*. T. XII, n° 4, p. 769-774, janvier 1933.

L'hydrocéphalie de l'adulte est un phénomène assez rarement observé. Elle évolue sans altérations craniennes à la suite de méningite ou d'arachnoïdite et par un mécanisme habituel d'obstruction au niveau de l'aqueduc de Sylvius ou de l'extrémité antérieure du III^e ventricule, ou encore par stase veineuse. Les preuves d'une épendymite primaire sont parfois apportées ; il s'agirait d'une véritable entité dont les mécanismes évolutifs restent obscurs. L'histoire des deux malades observés par Pierce est celle de grands syndromes mentaux du type paranoïde dénoués le premier subitement après quelques signes d'hypertension, le second au milieu de crises convulsives.

P. CARRETTE.

Sur un cas de méningite séreuse juxta-cérébelleuse, par le Pr Henri CLAUDE et Ch. JARVIS. *Encéphale*, n° 6, juin 1933, p. 460.

Il s'agissait d'un kyste situé sur la face supérieure et postérieure du lobe gauche du cervelet. Le diagnostic avait été particulièrement difficile : début par des phénomènes gastro-intestinaux, vomissements à l'occasion des efforts, asthénie progressive, absence de tout signe de localisation cérébrale, d'hypertension cranienne. Le liquide céphalo-rachidien ne présentait ni albuminose, ni lymphocytose, les réactions de Pandy, de Guillain, de Wassermann furent négatives. Tardivement seulement, de la céphalée, de légers troubles de l'équilibration, de la torpeur intellectuelle suivie de confusion mentale avec attitudes cataleptoïdes, de la raideur de la nuque enfin, permirent de poser le diagnostic de collection séreuse de la région cérébelleuse.

Roger ANGLADE.

A propos d'un cas compliqué d'hémorragie méningée et cérébelleuse. Pachyméningite hémorragique interne diagnostiquée pendant la vie, (Sobre un caso complicado de hemorragia meníngea y cerebelosa. Paquimeningitis hemorrágica interna diagnosticada en vida), par Rodolfo DASSÉN et Francisco MARTINEZ. *La Semana Médica*, n° 12, p. 984-986, 23 mars 1933.

Le cas présenté par Dassen et Martinez est à classer parmi les accidents circulatoires de l'alcoolisme chronique. La somnolence, les variations de l'état confusionnel, la fugacité des signes neurologiques, l'absence de paralysies oculaires et de rigidité de la nuque permettent d'orienter le diagnostic confirmé par l'examen du liquide céphalo-rachidien qui donne : xanthochromie légère, lymphocytose, hypoglycorachie, chlorures en quantité normale. Les réactions biologiques sont ici de la plus haute importance. ¹⁴

arrive en effet que des manifestations cliniques analogues à celles de l'observation en cause, — surtout quand la notion d'antécédents éthyliques fait défaut, — entrent dans le cadre de la méningite tuberculeuse; c'est alors par la ponction lombaire que l'on peut poser le diagnostic différentiel.

P. CARRETTE.

Réactions méningées des parotidites (Reacciones meníngicas de las parotiditis), par Antonio DALTO. *La Semana Médica*, n° 5 et 6, p. 376-400 et 507-525, 2 et 9 février 1933.

Les complications nerveuses des oreillons sont représentées dans la majorité des cas par une réaction méningée généralisée, aiguë et curable. Les signes de localisation sont peu marqués et fugaces. Les troubles sont le plus souvent secondaires avec hypertension et lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. Sur 22 observations nous trouvons deux méningites primitives identifiées par l'évolution et la notion d'épidémie. Aucun traitement spécial n'est à préconiser; ce sont les mesures habituelles d'hygiène générale, applicables aux réactions méningées que l'auteur a utilisées.

P. CARRETTE.

Méningite saturnine, par H. BAONVILLE et J. TITECA. *Le Scalpel*, n° 9, 4 mars 1933.

Les complications nerveuses centrales du saturnisme sont encore mal connues. Baonville et Titeca ont observé une forme de méningite qu'ils rattachent à l'intoxication par le plomb. Les altérations du sang, de l'état général, les coliques permettent de formuler le diagnostic positif, tandis que la forme de réaction banale albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien fait écarter les hypothèses de tuberculose ou de syphilis. La confusion mentale est intense, mais disparaît rapidement. Les signes d'hypertension intracrânienne ont incité certains auteurs à imputer à l'exagération de pression sanguine, provoquant l'œdème cérébral, les accidents nerveux saturnins. Dans l'observation actuelle, ce mécanisme paraît peu vraisemblable et les présentateurs tendent à mettre les troubles sous la dépendance d'une action directe du plomb sur les méninges et le cortex sous-jacent.

P. CARRETTE.

Un cas d'intoxication oxycarbonée, par M. G. VAN LOOY. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, mai 1933).

Observation d'un cas d'intoxication oxycarbonée paraissant accidentelle, chez un sujet âgé de 26 ans, non taré mentalement et non alcoolique. Le syndrome réalisé, serait ainsi, pur. Il s'est manifesté par des troubles confusionnels très passagers et une action quasi-élective sur la mémoire; mémoire de fixation (le sujet oublie d'un moment à l'autre ce qu'il vient de faire), une amnésie lacunaire et une amnésie rétrograde partielle. Les symptômes neuro-psychiatriques souvent décrits, devraient être mis sur le compte de l'hérédité et des antécédents personnels (intoxication surajoutée, alcoolisme). L'oxyde de carbone mettrait en évidence ou accentuerait des troubles préexistants (Claude Porot, Santici).

SENGÈS.

Sur l'épilepsie postencéphalitique, par D. CENTINI (de Siène). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, mai-juin 1933).

L'auteur décrit l'apparition, chez deux postencéphalitiques, de crises convulsives épileptiques du type classique. M. Centini insiste sur le fait qu'il ne s'agit pas d'une épilepsie sous-corticale, mais bien certainement d'origine corticale. Il essaye d'expliquer, en partant des théories et des expérimentations les plus récentes, le mécanisme de production de ces crises convulsives.

P. ABÉLY.

L'épilepsie dans l'enfance (Die Epilepsie im Kindesalter), par I. ZAPPERT, *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1933, n° 30 et 31.

L'auteur expose l'état actuel de la question, aux points de vue étiologique, clinique et thérapeutique. Il discute le rôle de la spasmophilie vraie, des convulsions symptomatiques d'origine infectieuse et toxique, des accidents de l'accouchement (hémorragies centrales relativement fréquentes), et il estime que le rôle causal de ces affections ne peut pas être nié dans certains cas, cependant isolés. Il décrit les particularités cliniques et évolutives de l'épilepsie chez l'enfant, et insiste sur la fréquence des accès de petit mal dont il passe en revue les divers aspects. Au point de vue du diagnostic il sépare de l'épilepsie la pyknolepsie. Enfin il fait un exposé sommaire des méthodes de traitement actuellement employées.

E. BAUER.

ANATOMIE

Le principe qui préside à l'évolution du cortex cérébral chez l'homme, par Walter KRAUS, de New-York. (Avec trois planches hors texte). *Encéphale*, n° 6, juin 1933, p. 465.

L'auteur pense que l'évolution du cortex du cerveau des mammifères se réalise selon un plan qui « ressemble à l'épanouissement progressif d'un éventail ». Cette théorie a déjà été émise par Christian Jakob, qui pensait que le point d'origine de ce développement se trouvait dans l'insula de Reil. Il semble plutôt à l'auteur qu'il faille le chercher dans les régions sous-corticales.

Roger ANGLADE.

Anatomie pathologique de l'épilepsie, par M. MINKOWSKI. (*Rocznik Psychjatriczny*, fasc. XX du 20 mars 1933, p. 55).

Important travail constituant la suite d'une étude parue antérieurement (*Rocz. Psychj.*, 1930, fasc. XII), sur l'anatomie pathologique des crises convulsives de l'épilepsie. Le travail actuel, très documenté au point de vue bibliographique et abondamment illustré de figures originales, a traité l'épilepsie chronique, surtout dans sa forme essentielle.

M. Minkowski donne la description détaillée des lésions qu'on peut obser-

ver dans les différents tissus du cerveau : écorce, corne d'Ammon, corps strié, cervelet, névroglie, plexus choroïde, épendyme, méninges et vaisseaux. La dernière partie du travail est consacrée à l'exposé des conclusions générales d'après lesquelles les altérations anatomo-pathologiques chroniques de l'épilepsie représentent la totalisation des altérations aiguës survenues au cours des crises.

Cependant, dans la plupart de ces altérations d'autres facteurs, soit d'ordre constitutionnel, soit d'ordre chronique, jouent un rôle important. Aucune des altérations décrites ne paraît pouvoir être considérée comme cause suffisante. Mais toutes, elles semblent indiquer l'existence d'un trouble général fonctionnel qui ne trouve que partiellement et seulement par endroits son expression anatomo-pathologique. M. Minkowski croit que ce trouble général concerne probablement la fonction primordiale de la cellule nerveuse. Un trouble fonctionnel général, constitutionnel ou d'origine précoce, peut trouver son expression morphologique dans la dysplasie de certains éléments du tissu nerveux et de la névroglie, de l'épendyme ventriculaire et du plexus choroïde. Suivant son intensité, le trouble général se traduirait en décharges paroxystiques sous forme de crises convulsives ou s'extérioriserait en une des nombreuses manifestations du petit mal, dans les formes abortives.

Non moins complexe est la question des phénomènes psychiques de l'épilepsie. Aucun fait ne s'oppose à l'existence d'une constitution épileptoïde d'après la conception de Mme Minkowska. Les anomalies de la sphère effective qui constituent l'élément essentiel de la constitution épileptoïde se trouvent confirmées par les travaux de l'école de Monakow, sur le plexus choroïde et les facteurs neuro-végétatifs.

Dans l'épilepsie organique, traumatique, ou consécutive à un processus vasculaire, infectieux, toxique ou néoplasique, le trouble épileptogène serait déterminé par des perturbations dans le fonctionnement général des tissus nerveux pouvant également déterminer des crises épileptiques.

Ces vues d'ensemble permettent de rassembler les tableaux cliniques de l'épilepsie organique et de l'épilepsie essentielle dans une unité commune. La multiplicité des conditions pathogéniques qui aboutissent à la crise épileptique font supposer qu'il ne s'agit pas d'une unité nosologique, mais d'une réaction physio-pathologique générale du tissu nerveux pouvant se manifester chez tout individu dans des conditions particulières. La prédisposition à l'extériorisation de cette réaction peut être accrue, soit constitutionnellement, soit à la suite d'un processus pathologique précoce. Cette tendance constituerait précisément la condition fondamentale de l'épilepsie essentielle.

FRIBOURG-BLANC.

Sur l'anatomie pathologique de l'encephalite dite postvaccinale expérimentale, par HARALD SCHMID, de Muenchenbuchsee (canton de Berne) (avec deux planche hors texte). *Encéphale*, n° 5, mai 1933, p. 337.

L'auteur a étudié les lésions provoquées chez le lapin par l'injection intracérébrale de vaccin antivariolique et rend compte de ses observations, qui lui permettent d'émettre une fort intéressante hypothèse sur la pathogénie de l'encephalite, dite post-vaccinale.

Roger ANGLADE.

De la névrauxite zostérienne. Lésions du système nerveux central dans le zona, par RISER, professeur de clinique neurologique et SOL, interne des hôpitaux de Toulouse. *Encéphale*, n° 5, mai 1933, p. 380.

Relation détaillée de deux observations de névrauxites : cellulo-névrite diffuse et syndrome pyramidal survenus chez des hommes jeunes peu de jours après un zona.

Ces deux observations apportent des arguments de plus à la théorie de la diffusion du virus zostérien dans l'axe cérébro-spinal.

Roger ANGLADE.

Méningiome malin prétemporal gauche avec gliome secondaire, par S. GULLOTTA (*Rivista di Patologia nervosa et mentale*, janvier et février 1933).

Très importante et complète observation anatomo-clinique, illustrée de nombreuses planches.

Paul ABÉLY.

Contribution à la connaissance histologique de l'épithélium choroïde, par MAFFO VIALLI (de Pavie). *Il cervello*, 15 juillet 1933.

L'auteur a démontré chez différentes espèces de Sélaciens la présence de types cellulaires de l'épithélium choroïde, très différenciés et bien délimités dans leur distribution topographique. Dans un embryon de Raja Asterias de 52 millimètres, il a pu identifier un tractus épithélial correspondant à l'area membranacea superior du IV^e ventricule, selon Weed.

En étudiant ensuite les stades variés du développement du poussin, il a pu mettre en évidence les variations de hauteur qui se remarquent dans les cellules de l'épithélium choroïde et leur capacité de reproduction. Partant d'observations *in vivo*, il a enfin démontré la présence constante de cils vibratiles dans l'épithélium choroïde embryonnaire de différentes espèces de mammifères.

P. ABÉLY.

Dégénérescence cérébromaculaire (Cerebromacular Degeneration), par E. D. MACNAMARA et W. E. CARNEGIE DICKSON. *The Journal of Neurology and Psychopathology*, T. XIII, n° 51, pp. 211-222, janvier 1933.

Cette observation, bien que les changements de la macula n'aient pu être mis précocement en évidence, fait partie des scléroses par dégénérescence primaire des cellules ganglionnaires d'après la conception de Schaffer. L'enfant meurt à 6 ans avec des troubles mentaux, visuels et auditifs. Les altérations cellulaires, les granulations graisseuses, la fonte myélinique atteignent des zones étendues du système nerveux central et des voies optiques.

P. CARRETTE.

Absence du Corps Restiforme gauche résultant d'un traumatisme intracranien de la naissance (Absence of Left Restiform Body Resulting from Intracranial Birth Injury), par J. M. MACKENZIE. *The Journal of Mental Science*. T. LXXIX, n° 324, pp. 167-170, janvier 1933.

L'examen anatomique est le point intéressant de cette observation d'un enfant mort à 10 ans, dont le développement physique et mental a été

entravé par un traumatisme obstétrical. L'atrophie est surtout nette dans certaines formations grises bulbaires. L'agénésie du corps restiforme gauche permet de déduire ses connexions avec les fibres issues des cellules de la colonne de Clarke, avec le faisceau arqué et avec l'olive du côté opposé. Les troubles moteurs consistaient en une incoordination des mouvements précis et délicats.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude du faisceau pyramidal direct de Türeck, par J. NICOLESCO et T. HORNET, de Bucarest. Avec trois planches hors-texte. (*L'Encéphale*, janvier 1933, T. I, page 10).

De ce très intéressant travail, et qui témoigne d'un grand labeur, se dégagent les notions anatomo-cliniques suivantes, concernant le faisceau de Türeck :

Il y aurait un rapport entre l'existence du faisceau pyramidal direct et l'organisation très spéciale de l'innervation de la musculature du membre supérieur, notamment chez l'homme.

Pour qu'il y ait dégénérescence de ce faisceau, il paraît nécessaire qu'il y ait une lésion des fibres pyramidales destinées à l'innervation « des noyaux médullaires du membre supérieur ». Ce faisceau est une acquisition tardive dans la série des vertébrés. Il apparaît chez le singe et trouve son plein développement chez l'homme. Il s'accroît, augmente d'importance à mesure que se perfectionne la mobilité volontaire et surtout l'organisation motrice volontaire des membres supérieurs, il paraît jouer un rôle dans la statique du corps « et le régime tonique spécial à l'homme ».

Les auteurs pensent que le faisceau pyramidal direct de Türeck constitue une « sorte de système intermédiaire entre le complexe pyramidal et extra-pyramidal ».

Roger ANGLADE.

Quelques recherches sur les altérations cellulaires rétrogrades dans les lésions de la voie pyramidale (Einige Untersuchungen retrograder Zellenveränderungen bei primärem Pyramidenschaden) par S. WOHLFAHRT. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, Vol. VIII, fasc. 1-2, 1933, Copenhague.

Les recherches histopathologiques ont été faites chez des hommes décédés 3 heures, à 35 ans, après l'atteinte pyramidale. Seules les cellules de Betz ont présenté des altérations. Celles-ci sont inégales, leur intensité est en rapport avec l'importance relative du tronçon cylindraxile séparé (par rapport à la longueur totale du cylindre-axe). L'auteur ne rejette cependant pas l'hypothèse de v. Economo et Koskina, selon laquelle dans les régions latérales de l'écorce motrice, certaines cellules des couches III c et V envoient également des fibres à la voie pyramidale.

E. BAUER.

Anciennes et nouvelles recherches sur les fibres centrifuges des racines postérieures, par F. LUGARO. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, Vol. XXXI, fasc. 2, 1933.

Les racines postérieures contiennent des fibres centrifuges amyéliniques, d'origine médullaire, elles ne contiennent pas de fibres myéliniques. Les fibres myéliniques qu'on voit parfois persister dans le trajet subdural des dernières racines lombaires, après ablation du ganglion, sont des fibres aberrantes empruntées à des racines avoisinantes. Dans les racines postérieures

sacrales, elles s'expliquent par la persistance de microganglions sensitifs, d'observation courante sur le trajet de ces racines. Les fines fibres myéliniques qu'on peut trouver dans les racines postérieures quelques mois après l'ablation du ganglion spinal, sont des fibres régénérées qui ont pénétré dans la racine à travers le tissu cicatriciel.

E. BAUER.

Sur une anomalie médullaire particulière. Contribution à l'étude des Diastématomyélies, par D. PAUBRAN et T. PAUNESCO. (*Encéphale*, février 1933, n° 2, page 130).

Les auteurs ont observé un cas de diastématomyélie ; ils nous en font une excellente description, s'efforcent de rechercher la cause d'une telle anomalie.

Roger ANGLADE.

Anatomie chirurgicale de la racine sensitive du nerf trijumeau (Surgical Anatomy of the Sensory Root of the Trigeminal Nerve), par Loyal DAVIS et Hale A. HAVEN. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXIX, n° 1, p. 1-18, janvier 1933.

Les auteurs concluent à l'absence de faisceaux systématisés pour les divers types de sensations dans la racine du trijumeau. Pour la pratique des interventions chirurgicales, il faut tenir compte des nombreuses anastomoses voisines du ganglion de Gasser et de la torsion de la racine sensitive sur elle-même. Il est possible d'isoler une portion ophtalmique dont la section se traduit par la perte de la sensibilité cornéenne et la kératite.

P. CARRETTE.

Données cliniques et histo-pathologiques sur l'infection expérimentale, par le trypanosome, provoquée par voie sous-arachnoïdienne chez le chien, par Paolo OTTONELLO (*Rivista di Patologia nervosa et mentale*, janvier-février 1933).

L'auteur a infecté 4 chiens par voie sous-arachnoïdienne, avec du Trypanosome Brucei. Il a constaté que contrairement à ce qui se vérifie dans les infections hématogènes, le processus anatomo-pathologique prend le type de la méningo-encéphalite, analogue à celui provoqué par le Trypanosome Gambiense. Il apparaît surtout que l'inoculation par voie intrarachidienne exalte la virulence vis-à-vis du système nerveux des parasites injectés et provoque de vives réactions d'ordre inflammatoire.

Paul ABÉLY.

BIOLOGIE

La conception biologique du sommeil, par le Professeur A. JANICHEWSKI (de Sofia). (*Encéphale*, mars 1933, n° 3, pages 184-196).

Le sommeil n'est pas un état de repos de l'organisme. C'est un processus actif qui a pour but l'arrêt et le freinage de l'activité de l'organisme dans le monde extérieur, favorisant ainsi l'activité vitale interne.

« Le sommeil représente la phase autistique du rythme vital. »

« L'activité psychique pendant le sommeil est dirigée vers la refonte et l'élaboration de nos impressions. »

Roger ANGLADE.

La chronaxie des muscles entraînés avant et après le travail (Die chronaxie trainierter Muskeln vor und nach der Arbeitsleistung), par E. BLUM. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, Vol. XXXI, fasc. 1^{er}, 1933.

L'auteur a étudié la chronaxie des muscles chez 97 sportifs appartenant à différentes catégories de sport. Les résultats de ses recherches sont consignés dans de nombreux tracés et statistiques. Au niveau de l'extrémité inférieure, les anomalies observées ne paraissent obéir à aucune règle ; au niveau de l'extrémité supérieure, elles intéressent surtout les extenseurs. Le rapport muscles actifs - muscles antagonistes est variable et se rapproche de 1 : 1, lorsque le travail musculaire exigé par le sport est important. Les sujets considérés comme « bien entraînés », d'après l'épreuve du métabolisme (Frey), présentent tous une chronaxie élevée, dans au moins un des groupes musculaires intéressés. Dans la fatigue, la chronaxie des extenseurs du bras s'est montrée augmentée. L'auteur tente d'expliquer les résultats obtenus par le comportement anatomique, physiologique et chimique des muscles hypertrophiques et à l'état de fatigue.

E. BAUER.

Plexus choroïdes. Etude physiologique, par P. R. BIZE. *Le Progrès Médical*, n° 6, p. 245-258, 11 février 1933.

Du substantiel essai de P. R. Bize, on peut retenir un certain nombre de faits précis. Embryologiquement et anatomiquement les plexus choroïdes constituent un ensemble de formations discrètes dont les anciens anatomistes ne donnaient que des descriptions sommaires. Et pourtant ils paraissent bien jouer un rôle essentiel dans la sécrétion du liquide céphalo-rachidien. Des arguments favorables à cette opinion se dégagent de leur excitation expérimentale, de leur extirpation, des recherches sur l'hydrocéphalie ventriculaire et des pratiques chimiothérapiques. Si quelques auteurs ont cru pouvoir affirmer l'existence d'un liquide extra-plexuel, d'origine vasculaire ou même parenchymateux, ils n'apportent aucun argument définitif contre la théorie choroïdienne. Par contre, Bize croit que la résorption plexo-choroïdienne du liquide céphalo-rachidien est pratiquement nulle et que le drainage s'effectue surtout par voie veineuse. Les plexus exercent une fonction de sélection et de protection par rapport à l'extérieur et au liquide lui-même (barrière externe), et d'élimination (barrière interne). Dans ce travail de défense les plexus seraient pourvus d'armes propres, mais les produits actifs qu'on en a retirés jusqu'à ce jour ne possèdent pas les propriétés des extraits endocriniens et on ne peut parler d'une hormone choroïdienne.

P. CARRETTE.

Deux cas d'accidents mortels consécutifs à la ponction lombaire chez des malades sans tumeur cérébrale [Discussion pathogénique] (Dos casos de accidentes mortales después de la puncion lumbar en enfermos sin tumor cerebral [Discussion patogenética]), par José SANCHIS BANUS. *Archivos de Medicina, Cirurgia y Especialidades*. T. XXXVI, n° 8, pp. 217-220, 25 février 1933.

Les accidents mortels survenus chez les 2 malades paraissent bien dus à la ponction lombaire : dans le premier cas avec un syndrome d'inondation ventriculaire ; dans le second par le fait d'une hémorragie corticale. Ainsi, en dehors même des tumeurs de la fosse cérébrale postérieure, la ponction

lombaire n'est pas sans dangers. Les états de sclérose vasculaire, l'hyperexcitabilité vaso-motrice réalisent des circonstances favorables aux accidents circulatoires à l'occasion d'une rupture d'équilibre de la tension méningo-encéphalique. L'auteur recommande, dans ces circonstances, l'administration, avant l'intervention, d'un calmant du système neuro-végétatif, tel que le belladéal.

P. CARRETTE.

Le comportement du taux uréique, de l'acide urique et du cholestérol du sang au cours des méningo et encéphalopathies, par N. LOLLI (*Rivista di Patologia nervosa et mentale*, février 1933).

Ces différents taux ont, dans la plupart des cas, tendance à s'élever au-dessus de la moyenne, et quelquefois de façon très accentuée.

A l'appui des recherches cliniques, l'auteur a procédé expérimentalement à la piqûre du plancher du quatrième ventricule et il a obtenu, sur un nombre important de lapins, les mêmes modifications. Il est arrivé à des résultats identiques par lésions des zones corticales, mais vraisemblablement on doit les interpréter comme dus à une excitation à distance des centres régulateurs du métabolisme, que M. Lolli tend à localiser dans le plancher du quatrième ventricule.

Paul ABÉLY.

Perturbations cliniques et sérologiques, etc. dans les affections syphilitiques du système nerveux (Klinische und serologische Veränderungen, etc. bei syphilitischen Nervenleiden). par E. G. IORGENSEN, A. V. NEEL et G. E. SCHODER. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, Vol. VIII, fasc. 1-2, 1933, Copenhague.

Les auteurs communiquent les résultats d'une enquête qui a porté sur 700 malades atteints d'affections syphilitiques du système nerveux, à l'exception de la paralysie générale. Ils apportent des statistiques concernant la fréquence des différentes formes cliniques rencontrées, l'âge des malades à l'éclosion des accidents nerveux, l'intervalle entre cette éclosion et l'accident primitif, les réactions spécifiques humorales. Ils signalent en particulier la rareté des formes gommeuses (6 cas seulement) et celle, de plus en plus grande, des formes typiques de tabes, alors que les formes atypiques sont très fréquentes. La réaction de Bordet-Wassermann a été négative à la fois dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, dans 213 cas, positive dans 232 cas ; dans les autres cas, elle a été positive, soit dans le sang, soit dans le liquide céphalo-rachidien. Les liquides céphalo-rachidiens négatifs ont été le plus souvent des liquides avec albuminose et réaction globulaire faibles. Le rapport globuline-albumine a été de 1/10 en moyenne.

E. BAUER.

Evolution de la réaction de Henry lors de l'infection palustre expérimentale, par Raoul LEROY, CHORINE et G. MÉDAKOVITCH. *Encéphale*, n° 5, mai 1933, p. 372.

Après avoir décrit la technique de la réaction sérologique de Henry, les auteurs font connaître les résultats qu'elle a donnés chez dix paralytiques généraux impaludés par le plasmodium vivax. La mélanoréaction s'est mon-

trée positive dès le troisième jour de l'impaludation, a augmenté d'intensité jusqu'au 7^e accès, est restée stationnaire pendant une dizaine de jours après le début de la quinzisation, s'est mise à décroître à partir du 30^e jour. La ferro-réaction ne s'est montrée positive qu'après le troisième et plus souvent le quatrième accès. La réaction de Henry est négative au moment des accès. Il existe une concordance parfaite entre les données cliniques et l'évolution de cette réaction.

Roger ANGLADE.

Méningite tuberculeuse expérimentale précédée d'un état cataleptique et réalisée par l'injection sous-cutanée à un cobaye allergique de liquide céphalo-rachidien d'un dément précoce, par Henri BARUK et Ivan BERTRAND. *Comptes rendus des séances de la Société de biologie*. Séance du 28 janvier 1933. T. CXII, p. 369-371.

Quatre cobayes témoins avaient reçu une injection de liquide d'une pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse prélevé chez un dément précoce. Le cinquième cobaye reçut en outre, 2 mois 1/2 plus tard, 6 cm³ de liquide céphalo-rachidien normal d'un dément précoce. Les cobayes témoins n'ont pas présenté de troubles nerveux et ont survécu plus longtemps que le dernier. L'injection de liquide céphalo-rachidien a paru favoriser le déchaînement de la localisation nerveuse chez l'animal sensibilisé. La succession des symptômes rappelle certains faits cliniques observés en pathologie humaine : la catalepsie est suivie de rémission, puis survient la méningite.

P. CARRETTE.

La catatonie expérimentale par la Bulbocapnine, par Barhona FERNANDES et Fernando FERREIRA. (Travail de l'Institut « Rocha Cabral » de Lisbonne). *Encéphale*, n° 6, juin 1933, p. 445.

Reprenant les expériences de de Jong et Baruk, les auteurs ont réalisé chez des animaux divers, la catatonie, par injection ou ingestion de bulbocapnine, et nous font connaître les résultats de leurs très intéressantes observations.

Comme de Jong et Baruk, ils ont constaté que l'intoxication par la bulbocapnine provoque chez les vertébrés supérieurs un état qui présente de grandes analogies avec la catatonie humaine. La bulbocapnine semble libérer « un mécanisme préformé qui conditionne le réflexe d'immobilisation », mécanisme ordinairement inhibé par certains centres que le poison paralyse. C'est peut-être aussi la libération d'un de ces mécanismes qui provoque la catatonie humaine.

Roger ANGLADE.

Action de la scopolamine et du gaz carbonique sur la catalepsie produite par la bulbocapnine (Action of Scopolamine and Carbon Dioxide on Catalepsy Produced by Bulbocapnine), par Arthur S. PATERSON et Curt P. RICHTER. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXIX, n° 2, p. 231-240, février 1933.

L'expérimentation de la bulbocapnine permet de réaliser chez l'animal la catalepsie et des phénomènes réflexes de préhension. Les résultats sont modifiés par l'action secondaire de la scopolamine qui prolonge l'état de stu-

peur. Par l'inhalation de gaz carbonique les réflexes peuvent être initialement inhibés ou prolongés suivant la concentration. Sur la base de ces observations les auteurs précisent les mécanismes modificateurs de la catalepsie humaine et de la paralysie agitante.

P. CARRETTE.

Le Diagnostic biologique des cysticerques du névraxe, par Cristoforo Rizzo (*Rivista di Patologia nervosa et mentale*, février 1933).

L'auteur décrit le cas d'un individu de 61 ans, qui souffrait depuis 4 mois de crises convulsives jacksoniennes localisées spécialement aux muscles de la face, à droite, et au membre supérieur du même côté. L'examen du liquide céphalo-rachidien mit en évidence une lymphocytose qui, d'une ponction lombaire à l'autre, passa de 22 à 102 éléments par mm³, tandis que l'éosinophilie passa de 10 0/0 à 40 0/0. Ces deux symptômes, et plus particulièrement l'éosinophilie du liquide céphalo-rachidien constituent, d'après l'auteur, un précieux élément de diagnostic.

Paul ABÉLY.

Phénomènes électromagnétiques rayonnants du cerveau humain en intense activité psycho-sensorielle, révélés au moyen d'un complexe oscillatoire à triode pour ondes ultra-courtes, par le Prof. Ferdinando CAZZAMALLI (de Rome). (*Giornale di Psichiatria et di Neuropatologia*, 1933 (A.-XI).

L'auteur poursuit des recherches dans ce sens depuis 1927, perfectionnant chaque année ses instruments de recherche.

Il utilise actuellement un système oscillatoire à triode pour ondes ultra-courtes, réglé en oscillation sur λ d'environ un mètre (fréquence de 300.000 kilocycles). Il a pu constater que des phénomènes électro-magnétiques rayonnent du cerveau humain, surtout lorsque ce dernier est soumis à une intense excitation psycho-sensorielle. Il semble qu'il s'agisse d'ondes amorties de longueurs variables. Ces phénomènes électro-magnétiques sont enregistrés au moyen d'un oscillographe à corde vibrante avec dispositif d'enregistrement photographique sur film. Ainsi on obtient des radio-oscillogrammes ou radio-grammes cérébro-psychiques. M. Cazzamalli décrit ensuite une réaction particulière en corrélation avec un état d'excitation psycho-sensorielle et émotive du sujet, en réponse à une excitation adéquate et imprévue. Il lui donne le nom de réflexe psycho-radiant et il estime que son emploi méthodique peut constituer un moyen pratique d'exploration dans le domaine de la psycho-physiologie normale et pathologique. Il espère pouvoir, par sa méthode expérimentale, étudier certaines questions encore très mystérieuses, telles : l'épuisement ou non des centres nerveux, la vitesse de la conduction nerveuse intracérébrale, la dignité fonctionnelle des zones cérébrales sensorielles, le mécanisme du sommeil.

L'auteur insiste sur leurs conséquences directes de ses recherches : l'une se rapporte à la non-spécificité de l'énergie nerveuse intra-cérébrale, l'autre au dynamisme électro-magnétique du cerveau en activité psychique.

Cet important et très intéressant mémoire est illustré par cinq figures qui reproduisent les dispositifs expérimentaux et par dix-huit radio-oscillogrammes.

P. ABÉLY.

ENDOCRINOLOGIE

Vues actuelles sur le Sommeil, par Alberto SALMON (de Florence). (*Giornale di Psichiatria et di Neuropatologia*, 1933, A.-XI, fascicule I).

Dans une très intéressante revue générale, l'auteur énumère les idées les plus récentes sur la fonction du sommeil. Il s'étend particulièrement sur la sécrétion bromique pré-hypophysaire, selon Zondek, et étudie quelle peut être l'influence de cette sécrétion sur le sommeil. Il conclut que dans la fonction du sommeil dominent trois facteurs : un facteur cortical, les noyaux tubéro-infundibulaires, le facteur hypophysaire. La connaissance des symbioses fonctionnelles qui unissent ces 3 facteurs permet de mieux éclairer le mécanisme si compliqué du sommeil normal et pathologique.

P. ABÉLY.

Quelques considérations sur la pathogénie du diabète insipide, par Albert SALMON (de Florence). *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, Vol. XXXI, fasc. 1, 1933.

Le déséquilibre fonctionnel des noyaux végétatifs qu'on admet dans le diabète insipide et qui consiste en une insuffisance des noyaux tubériens vaso-dilatateurs anti-diurétiques et un hyperfonctionnement des noyaux diencephaliques et bulbaires, vaso-dilatateurs et diurétiques, est lié intimement à un déséquilibre hormonal surrénal-hypophysaire, caractérisé par l'insuffisance de la pituitrine et la prédominance des hormones surrénales, adrénaline en particulier. L'introduction d'un facteur positif dans la pathogénie du diabète insipide — hyperfonctionnement des noyaux diurétiques et prédominance des hormones surrénales — est seule capable d'élucider le problème physiopathologique de ce syndrome. On s'explique ainsi l'absence du diabète insipide dans certains cas, avec altération tubéro-hypophysaires atteignant tout le plancher ventriculaire ou avec lésions dégénératives surrénales secondaires aux lésions de l'hypophyse.

E. BAUER.

Formes cliniques atypiques des tumeurs de l'hypophyse (Atypische Krankheits bilder bei Hypophysentumoren), par A. BINGEL. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1933, n° 26.

L'auteur préconise la radiographie systématique dans les affections de l'encéphale. Il rapporte plusieurs observations de tumeurs de l'hypophyse, à symptomatologie tout à fait atypique, simulant dans 2 cas la taboparalyse, 1 fois l'encéphalite. Seule la radiographie permet de faire le diagnostic exact.

E. BAUER.

Maladie de Lobstein dans l'Epilepsie (ostéoporose idiopathique), par Jacopo NARDI (*Rivista di Patologia nervosa et mentale*), février 1933.

L'auteur présente un cas clinique de Maladie de Lobstein chez un épileptique et discute le concept de l'épilepsie hypophysaire provoquée par l'hyperfonction de cette glande et par des troubles du métabolisme du calcium.

Observation très intéressante, qui pose le problème si vaste et si passionnant des troubles endocriniens dans les psycho-névroses et qui s'accompagne d'une précieuse bibliographie.

Paul ABÉLY.

L'hyperthyroïdie. Conception clinique et déductions thérapeutiques, par E. AZERAD. *Notes Pratiques d'Actualité Médicale*, n° 121, janvier 1933.

L'hyperthyroïdie pure est caractérisée par la tachycardie, l'amaigrissement et l'élévation du métabolisme basal. Associée à des troubles neuro-végétatifs, elle devient le syndrome de Graves-Basedow. L'hyperthyroïdie relève du traitement iodé, des rayons X et de la thyroïdectomie subtotale, suivant les cas. A côté des manifestations authentiques visées plus haut, il y a lieu de signaler des états d'instabilité émotive, des troubles circulatoires qu'on désigne trop souvent par l'épithète inexacte de « Basedow frustes » et qui ne relèvent que de l'hypertonie vago-sympathique. Azerad rappelle que dans ce dernier syndrome, l'épreuve du métabolisme est négative. La thérapeutique anti-thyroïdienne instituée dans ces cas ne peut conduire qu'à des échecs.

P. CARRETTE.

De la psychose basedowienne (Über die Basedowpsychose), par M. NAGY *Psychiatrisch Neurologische Wochenschrift*, 1933, n° 6.

Le basedowisme crée une disposition aux troubles psychiques, une labilité caractéristique de l'humeur et de l'affectivité. Le déséquilibre mental, l'irritabilité, l'inquiétude, les états obsessionnels et anxieux sont fréquemment observés. Quant aux psychoses graves, leur fréquence a été exagérée autrefois. Depuis quelques années, les troubles psychiques tendent à diminuer chez les basedowiens, ce fait est imputable aux progrès réalisés dans le traitement de la maladie de Basedow.

E. BAUER.

Troubles du système nerveux dans le Myxoedème, par le Professeur MUSSIO-FOURNIER (de Montévideo). (*Encéphale*, janvier-février 1933, n° 1 et 2, pages 137 et 45).

Dans ce travail remarquablement documenté, l'auteur passe en revue les troubles nerveux qui ont été observés au cours du myxoedème et nous apporte quelques observations personnelles qui présentent le plus grand intérêt.

Chez une de ses malades, l'origine myxoedémateuse d'une névrite optique, fut démontrée par le succès du traitement opothérapique, par l'accentuation des troubles visuels immédiatement consécutive à l'interruption de ce traitement.

Chez une autre malade, hypothyroïdienne, une paralysie faciale périphérique, un syndrome de migraine ophtalmoplégique, furent nettement améliorés par la thyroïdine.

Il semble s'agir de toxémies d'origine endocrinienne. Des paraplégies, des

hémiplégies, des troubles cérébelleux ont été décrits dans le myxœdème, l'auteur en a observé plusieurs cas et nous les rapporte.

Suivent de très intéressantes considérations sur l'action bienfaisante de la thyroïdine sur certains retards de la parole et de la marche chez des enfants, un bref rappel de nos connaissances actuelles sur l'anatomie pathologique du système nerveux dans le myxœdème, de très judicieuses et modestes conclusions.

Roger ANGLADE.

Recherches anatomiques sur les glandes endocrines chez une fillette atteinte d'Idiotie épileptique et de nanisme, par Vittorio PELAGATTI (*Rivista di Patologia nervosa et mentale*, février 1933).

L'auteur montre les altérations de la thyroïde, de l'hypophyse et des ovaires et tente d'expliquer les influences hormonales réciproques.

Paul ABÉLY.

Corrélations thyro-ovariennes dans certaines formes de maladies mentales, par Bocco CERRA (de Catanzaro). (*Annali dell' Ospedale psichiatrico de Perugia*, juin 1933).

L'auteur utilise pour ses recherches la réaction photosérochromatique de Kottmann. Il a injecté à doses calculées du colloïde thyroïdien dans le sang de sujets schizophréniques ou « oligophréniques ». Il a remarqué alors que l'équilibre thyro-ovarien, bien qu'il montre un niveau fonctionnel plus bas, se maintient ferme chez les schizophréniques. Chez les oligophréniques, au contraire, le ton fonctionnel se réduit au minimum et les deux glandes semblent isolées de tout rapport réciproque.

P. ABÉLY.

Etude de la vie sexuelle dans les psychoses de la grossesse (A Study of the Sexual Life in Psychoses Associated with Childbirth), par E. W. ANDERSON. *The Journal of Mental Science*. T. LXXIX, n° 324, pp. 137-149, janvier 1933.

Les psychoses puerpérales ont une étiologie complexe où interviennent des états toxi-infectieux. Peut-on attribuer à des facteurs psychologiques définis le rôle de circonstance favorisante ? — C'est ce qu'Anderson s'est proposé de rechercher en explorant la vie sexuelle antérieure des malades. Parmi les faits à point de départ sexuel qui pourraient être à la base de traumatismes psychiques, il retient notamment la frigidité, la masturbation, l'incertitude de l'activité génitale avant le mariage, la fréquence du coït, la situation affective et sociale des conjoints. En comparant les psychoses de forme clinique voisine et dans des conditions de vie sexuelle analogues, il conclut à l'absence de caractères distinctifs suffisamment tranchés, pour être cités comme facteurs étiologiques probables. En tous cas leur valeur paraît être beaucoup moins importante que les faits qui découlent de l'état puerpéral : maladies physiques, accouchement anormal, difficultés de l'allaitement maternel. Le désir ou l'aversion de la grossesse eux-mêmes n'auraient aucune influence.

P. CARRETTE.

Homosexualité et Endocrines, par A. HESNARD. *L'Evolution Psychiatrique*. T. 3, fasc. I, pp. 31-51, 1933.

Les essais d'inversion sexuelle expérimentale ont conduit, par des greffes et des ablations, à modifier des caractères physiologiques chez l'animal. Malheureusement, l'application des résultats obtenus à la psychopathologie humaine rencontre de grandes difficultés. L'homosexualité ne saurait, dans l'état actuel de la science, être ramenée à une question de perturbation endocrinienne. Beaucoup d'homosexuels n'ont pas d'insuffisances glandulaires définies et se comportent plutôt en névropathes. Psychologiquement, ils présentent davantage un état d'arriération qu'une transformation. Hesnard estime que l'érotisme homosexuel est proche de l'auto-érotisme infantile et, pour conclure, il fait de l'inverti « bien plutôt un *impuissant de l'hétérosexualité* qu'un hermaphrodite de l'instinct ».

P. CARRETTE.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Etude de l'aliénation mentale dans ses rapports avec l'immigration, par le Docteur René MARTIAL. (*Hygiène mentale*, février-mars 1933, pages 29-71).

Ce très remarquable article fait suite à une longue série de travaux du même auteur sur la question de l'immigration (lire, entre autres, « traité de l'immigration et de la greffe interrassiale » un volume de 304 pages, Larose, édit. Paris 1931 ; « l'immigration tchécoslovaque et la greffe interrassiale, compte rendu de l'académie des sciences morales et politiques. Mars-avril 1932, page 228-302).

L'auteur déplore l'absence en France d'une organisation de l'immigration, en indique les conséquences fâcheuses pour l'avenir de notre race et les finances de notre pays. Après avoir rappelé la législation nord-américaine, particulièrement sévère concernant l'immigration, il nous indique d'une manière précise les mesures qu'il y a lieu de prendre en France pour éviter l'entrée des étrangers malades, indésirables.

La résorption des familles étrangères par le pays récepteur doit se faire le plus rapidement et le plus complètement possible. Il s'agit de véritables greffes interrassiales et pour qu'elles réussissent, il est indispensable que des études précises soient faites sur les populations des pays émetteurs, études qui doivent permettre d'aboutir à une triple sélection « raciale, nationale, familiale ».

L'histoire des peuples émetteurs donne des enseignements précieux ; puis doivent intervenir les notions géographiques, climatiques, ethnographiques ; il est indispensable de bien connaître la psychologie de ces peuples, de se préoccuper des mœurs, des coutumes des personnes que l'on veut transplanter. La connaissance de tous ces éléments est d'une importance capitale et peut permettre d'opérer une bonne sélection.

La race ou le peuple une fois choisis, une première visite doit être effectuée dans le pays d'origine, dans la région même où le recrutement va s'opérer. L'Etat français doit créer des centres primaires d'examen. Les candidats seront minutieusement examinés par une commission médicale composée de trois médecins au moins. Une feuille d'observation (l'auteur nous en

donne un modèle) sera établie en double exemplaire. Les familles acceptées retourneront chez elles et attendront l'ordre de départ qui pourra ne leur être donné que deux, trois, et même quatre mois plus tard, temps pendant lequel elles continueront à être observées. Un deuxième examen aura lieu au moment du départ, les médecins auront sous les yeux un exemplaire de l'observation précédemment établie. Avant le départ, bien entendu, il sera procédé aux opérations sanitaires d'épouillage, de vaccination... etc... Un troisième examen médical, non moins consciencieux, sera pratiqué au moment du débarquement.

C'est seulement en procédant ainsi que l'on évitera l'entrée en France d'aliénés mentaux. Malheureusement, rien de tout cela n'existe dans notre pays et cependant, c'est lui qui reçoit actuellement le plus grand nombre d'immigrants.

Roger ANGLADE.

Crise économique et psychopathie, par A. COURTOIS. *La prophylaxie mentale*, janv.-juin 1933.

La crise économique actuelle ne paraît pas jusqu'ici avoir de répercussion sérieuse sur la fréquence des syndromes mentaux graves. Et dans les rares cas où elle joue un rôle certain, le terrain se trouve habituellement préparé par une fragilité héréditaire, une intoxication acquise ou la sénilité cérébrale à son début. Le chômage n'est guère invoqué comme agent pathogène que par des demi-chômeurs d'habitude. A noter par ailleurs que la baisse des salaires paraît réduire la fréquence des manifestations aiguës de l'alcoolisme.

A. C.

Conflits sociaux et adaptation mentale, par E. TOULOUSE. *La prophylaxie mentale*, janv.-juin 1933.

La véritable cause des conflits sociaux doit, de l'avis de l'auteur, être cherchée dans une mauvaise adaptation du cerveau, organe encore en évolution, dont les réactions affectives, parfois paradoxales, dominant trop souvent la vie intellectuelle et orientent l'activité dans des directions imprévisibles. C'est à l'hygiène mentale d'« assainir la vie individuelle et collective si profondément troublée » pour le moment.

A. COURTOIS.

L'adolescence, par J. ROUBINOVITCH. *La prophylaxie mentale*, janv.-juin 1933.

Dans une conférence, surtout destinée aux éducateurs, M. Roubinovitch insiste d'abord sur la nécessité d'une étude particulière de l'adolescence. Elle permettra de mieux comprendre mainte réaction apparaissant au cours de la crise pubérale, qui est accompagnée d'un bouleversement physique et moral très profond. Il faut que les maîtres connaissent bien les étapes de cette période difficile afin de diriger sans les cabrer de jeunes esprits et aussi pour dépister dès leur début des troubles mentaux, parfois graves.

A. COURTOIS.

La stérilisation dans le cadre de l'eugénique (Sterilisation im Rahmen der Eugenik), par Th. v. LASCKE. *Klinische Wochenschrift*, 1933 n° 37.

La pratique eugénique ne doit pas se contenter d'éliminer de la reproduction les sujets atteints de tares héréditaires, elle doit se proposer également de stimuler les familles douées de qualités physiques et mentales supérieures à la moyenne. En ce qui concerne la stérilisation, elle doit être obligatoire dans tous les cas de tare lourde ; toutefois il y a lieu de faire une exception. Si la loi devait admettre l'interruption de la grossesse chez les femmes atteintes de tares héréditaires graves, elle ne saurait l'autoriser qu'avec le consentement des intéressés, car on ne peut faire fi des convictions religieuses d'une grande partie de la population.

E. BAUER.

La stérilisation et la castration des dégénérés aux points de vue eugénique et thérapeutique, par le Pr Aug. LEY. (*Revue de Droit Pénal et de Criminologie*, Bruxelles, 13^e année, n° 6, juin 1933).

L'auteur rappelle qu'au Danemark, une loi du 1^{er} juin 1929 admet, sous la condition de formalités simples, les interventions de stérilisation et de castration. Elle exige le consentement de la personne intéressée, ou si celle-ci est incapable, une demande du tuteur. Jusqu'en août 1932, d'après les renseignements du Prof. Knud Sand, 30 hommes avaient subi la castration après des délits sexuels et 18 d'entre eux purent être relâchés après l'intervention. La stérilisation masculine par vasectomie a été pratiquée 5 fois, féminine par salpingectomie, 16 fois.

L'eugénique a pour but de favoriser la reproduction des hommes sains et d'empêcher celle des types humains tarés et dégénérés. Or, multinatalité et multimortalité sont fréquents dans les familles dégénératives. Aujourd'hui, on éduque les idiots, les imbéciles, les enfants anormaux, on cherche à réadapter les criminels dégénérés, mais pratiquement, ceux-ci, même éduqués, restent de détestables reproducteurs et, selon toutes probabilités, ils ne pourront avoir qu'une descendance tarée. C'est à ces individus que devrait s'appliquer la stérilisation. Celle-ci se fait par simple résection et ligature du canal déférent chez l'homme, de la trompe de Fallope chez la femme ; elle diffère donc de la castration puisqu'elle laisse intactes les glandes sexuelles et ne modifie guère les fonctions des glandes interstitielles.

Il ne faut pas oublier qu'en Belgique, le nombre de lits d'hôpital dont disposent les services de médecine, de chirurgie, les sanatoria et autres cliniques s'élève à 19.500, alors que les seuls aliénés internés occupent 22.000 lits. Pour arriver à une amélioration de la race, seule l'élimination de ces cellules reproductrices tarées constitue un procédé efficace. Trois attitudes sont à choisir chez les anormaux et les dégénérés : 1° l'abstention sexuelle, qui ne peut être réalisée pratiquement que par une séquestration définitive et complète ; 2° l'usage des procédés anticonceptionnels ; 3° la stérilisation chirurgicale, simple et pratique, dont l'avantage est de conserver aux sujets l'activité complète des sécrétions génitales. Continuerons-nous à laisser délibérément se multiplier et pulluler les descendants des anormaux, des déséquilibrés et des criminels ?

LAUZIER.

Stérilisation et castration comme moyens de relèvement de la race (Sterilisation und Kastration als Mittel zur Rassenhebung), par W. WEYGANDT. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 1933, n° 33.

L'auteur est partisan de la stérilisation obligatoire des criminels pervers et récidivistes, des alcooliques, des aliénés. Il critique l'attitude d'une partie des psychiatres qui, pour éviter de prendre parti, tendent à considérer le problème comme avant tout d'ordre politique. A côté des droits de l'individu, invoqués comme argument capital par les adversaires de la stérilisation obligatoire, il y a ceux de la Société. Celle-ci n'hésite pas à porter atteinte à la liberté de l'individu, lorsque sa défense l'exige, exemple la guerre, la législation concernant les maladies infectieuses contagieuses, vaccination obligatoire, etc. Malgré qu'à son avis on ait exagéré les dangers de la castration, les méthodes de stérilisation sans castration sont généralement suffisantes.

E. BAUER.

ASSISTANCE

L'Assistance doit différer pour les maladies mentales et les infirmités Psychiques, par Maurice DIDE. Médecin directeur de l'Asile de Braqueville. (*L'Hygiène mentale*, T. 1, janvier 1933, page 1).

Après de très judicieuses réflexions sur le sens précis qu'il y a lieu d'attribuer au terme « maladie », l'auteur se refuse à l'employer pour désigner l'aliénation mentale chronique : « De grâce, nous dit-il, ne confondons pas « maladie et infirmité mentale, faute de quoi quelque descendant de Molière, « fût-ce Jules Romain, nous tuera par le ridicule, forme de mort dont en « France on se soucie moins encore que de tout autre. »

Il faut nettement distinguer les malades aliénés et les infirmes mentaux. En traitant énergiquement les premiers à l'aide des ressources thérapeutiques modernes, on peut leur éviter, dans des proportions intéressantes, de venir grossir la masse, hélas ! combien trop grande des secondes.

On doit, pour ce faire, créer des centres hospitaliers réservés aux périodes initiales de la folie. Ne seraient traités dans ces services que les malades frais ; toute promiscuité avec des malades chroniques y serait soigneusement évitée. La durée de séjour dans ces centres serait en principe inférieure à une année ne devrait jamais excéder deux ans.

Quant aux infirmes mentaux, dont l'auteur ne veut certes pas se désintéresser, il y aurait lieu de les placer dans des sortes « d'hospices industriels », éloignés des grandes villes ; de les grouper par professions, d'utiliser dans toute la mesure possible leurs capacités restantes. Il ne s'agirait plus de viser à la guérison médicale de tels sujets, mais de tenter de récupérer les aptitudes professionnelles de chacun.

Ces malades n'exigeraient aucuns soins spéciaux en dehors de leurs maladies incidentes, chaque hospice pourrait en recevoir 5 ou 6.000, « un médecin fonctionnaire du cadre des asiles » suffirait largement pour mille malades.

Les aliénés chroniques cesseraient ainsi d'être rayés de la liste des vivants, les hôpitaux psychiatriques décongestionnés pourraient mieux s'occuper des vrais malades de l'esprit et les traiter avec plus de chances de succès.

Roger ANGLADE.

Le placement familial et le problème de l'assistance (Family Care and the Institution Problem), par Horatio M. POLLACK. *The Psychiatric Quarterly*. T. VII, n° 1, p. 28-36, janvier 1933.

L'importance croissante des besoins de l'assistance des malades mentaux crée une charge énorme pour les communautés. Les mesures prophylactiques, la surveillance à domicile constituent un secours dont l'effet ne sera appréciable qu'après de nombreuses années d'exercice. La colonie familiale pour malades calmes, affaiblis, chroniques bien souvent, mérite d'être utilisée. On connaît les résultats obtenus par l'organisation de Gheel que Pollack cite comme modèle. D'autres ont suivi l'exemple en Allemagne, en Ecosse, en Suisse et chez nous. Le Massachusetts a triomphé récemment des résistances et l'auteur demande de développer largement, dans l'état de New-York, un mode d'assistance qui répond exactement aux besoins d'une catégorie de malades mentaux et qui doit décharger utilement l'Etat.

P. CARRETTE.

Un nouveau type de patronage familial en Pologne : la colonie des aliénés à Janieliszki près de Wilno, par Julian PODWINSKI. *Nowiny Psychjatriczne*. T. X, n° 1 et 2, pp. 63-80, 1933.

L'auteur, médecin aliéniste à Wilno, conte l'origine et le développement de la colonie des aliénés de Janieliszki organisée d'après le principe de Gheel par l'auteur même qui à présent est médecin consultant de la colonie. Les malades sont placés par 3, de même sexe, dans de petits domaines ruraux, des enclos et des fermes dans le voisinage de Wilno.

Les frais d'entretien (surveillance, traitement médical, logis) ne s'élèvent qu'à 60 à 80 zlotys par mois pour chaque malade (170 à 230 francs). Plus de 40 malades — hommes et femmes — profitent des bienfaits de cette organisation.

P. CARRETTE.

Analyse du rôle psychothérapique du placement familial, par M. TRAMER, Médecin directeur de l'asile cantonal de Rosegg (Soleure). (*L'Hygiène mentale*, janvier 1933, T. I, page 9).

Le placement familial, a dit Griesinger, « donne au malade ce qu'il ne peut avoir dans l'établissement le mieux tenu au monde, c'est-à-dire la vie parmi des normaux en une communauté naturelle, le bienfait de la vie de famille ».

L'auteur pense qu'il y a lieu de placer dans les familles non seulement les malades chroniques mais aussi certains malades aigus. Le placement familial joue un rôle psychothérapique souvent très efficace, amorce des rémissions, abrège parfois la maladie.

Il rapporte le cas d'une jeune femme catatonique qui tira un grand profit de ce mode de placement.

Roger ANGLADE.

Le traitement du pensionnaire volontaire. " La Retraite ", York, 1891-1930 (The Treatment of the Voluntary Boarder. The Retreat, York, 1891-1930), par Henry L. WILSON. *The Journal of Mental Science*. T. LXXIX, n° 324, p. 102-136, janvier 1933.

Le placement de bonne volonté à l'hôpital de « la Retraite », à York, a augmenté dans de sensibles proportions. Depuis 1925, les pensionnaires volontaires entrent en plus grand nombre chaque année que les malades certifiés. Une autre preuve du succès de ce mode de recrutement, c'est le nombre des réadmissions d'intermittents. Peu de malades durent passer du régime libre à celui de l'internement avec certificat. Les cas de démence avérée, sénile ou paranoïde, s'accommodent mal du placement libre. Henry L. Wilson insiste sur l'importance de la sortie des malades améliorés, souvent livrés à eux-mêmes et desquels le suicide est encore trop fréquemment à déplorer. L'hôpital libre doit être en liaison avec un service social parfaitement organisé.

P. CARRETTE.

Une visite de quelques hôpitaux psychiatriques de l'Allemagne occidentale (A Tour of Some Mental Hospitals of Western Germany), par A. E. EVANS. *The Journal of Mental Science*. T. LXXIX, n° 324, p. 150-166, janvier 1933.

L'auteur vante les mérites d'organisations psychiatriques comme la nouvelle clinique de Francfort et celle du professeur Sommer, dont il a entendu le cours à Giessen. Il retrouve souvent la formule française du placement volontaire. La législation est très centralisée. Dans l'ensemble, l'organisation paraît à l'auteur supérieure à celle qu'il a vu fonctionner en Grande-Bretagne. La rééducation des pensionnaires, un peu sévère, s'opère beaucoup plus par le travail sous des formes très variées que par les jeux et spectacles. Les cliniques associent l'enseignement, les recherches techniques et les progrès de l'hospitalisation suivant les méthodes les plus modernes.

P. CARRETTE.

Sélection professionnelle des infirmiers psychiatriques et distribution du travail (Selección profesional de enfermeros psiquiátricos y distribución de trabajo), par Gonzalo R. LAFORA. *Archivos de Neurobiología*. T. XIII, n° 2, pp. 343-368, mars-avril 1933.

En période de réforme dans l'assistance psychiatrique un obstacle considérable au progrès vient de l'insuffisance d'aptitudes du personnel infirmier. Son éducation exige un enseignement général et une sélection par les méthodes psychotechniques. L'auteur énumère un certain nombre de tests empruntés aux écoles américaines de « social-workers » à Fernald, à Giese, à Ranschburg, à Collin, etc. Il préconise le classement des candidats infirmiers par les résultats des examens. A leur dossier professionnel figurent 2 notes indiquant, l'une la promptitude de l'esprit, l'autre la qualité des réponses. L'utilisation des aptitudes s'opérerait ainsi suivant une économie rationnelle.

P. CARRETTE.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Dates des séances.

La Société Médico-psychologique ne tiendra au mois de MARS qu'une seule séance. Cette séance, exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 8 mars 1934*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

La *séance ordinaire* du mois d'AVRIL de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 avril 1934*, à 4 heures très précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement). La Société a décidé de ne pas tenir, en avril, de séance supplémentaire.

La *séance supplémentaire* du mois de MAI de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 17 mai 1934*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La séance ordinaire du mois de MAI de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 mai 1934*, à 4 heures très précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Nominations.

M. le D^r EISSEN est nommé Directeur-Médecin de l'Asile public d'aliénés de Stephansfeld (Bas-Rhin) ;

Mlle le D^r MOREL est nommée Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Rouen (Seine-Inférieure) ;

M. le D^r Jean TRILLOR est nommé Médecin-Chef à l'Asile public autonome d'aliénés de Bailleul (Nord) ;

Mme le D^r COLLET est nommée Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Fains (Meuse).

Vacance de postes.

Sont déclarés vacants :

un poste de médecin-chef à l'Asile public d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais) ;

un poste de médecin-chef à l'Asile public d'aliénés de Maréville (Meurthe-et-Moselle) ;

un poste de médecin-chef à l'Asile public d'aliénés de Naugeat, à Limoges (Haute-Vienne), poste créé ;

un poste de médecin-chef à l'Asile public d'aliénés de Stephansfeld (Bas-Rhin).

Concours pour 12 places de Médecin des Asiles Publics d'Aliénés.

Un concours pour l'emploi de médecin du cadre des Asiles publics d'aliénés s'ouvrira à Paris, au Ministère de la Santé publique, le *mardi 17 avril 1934*.

Le nombre des postes mis au concours est fixé à 12.

Les candidats qui désirent participer au concours devront adresser au Ministère une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, des pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires, de leurs états de services et de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux et du dépôt de leurs publications.

Les candidatures seront reçues au Ministère de la Santé publique jusqu'au samedi 17 mars 1934 inclus. Chaque postulant sera informé par lettre individuelle de la suite donnée à sa demande.

Association Amicale des Médecins des Établissements publics d'aliénés de France.

Comité de l'Amicale pour 1934 :

Président : M. J. BARUK.

Vice-Présidents : MM. J. HAMEL et G. VERNET.

Secrétaire : M. G. DEMAY.

Trésorier : M. LAUZIER.

Membres : MM. MIGNOT, BEAUSSART, BARBÉ, OLLIVIER, DESRUEELLES, SCHÜTZENBERGER et BRIAU.

Société médicale des Asiles de la Seine.

Bureau de la Société pour 1934 :

Président : M. COURBON.

Vice-Président : M. GUIRAUD.

Secrétaire : M. BEAUDOUIN.

Trésorier : M. SENGÈS.

INSTITUT DES HAUTES ETUDES DE BELGIQUE

Hommage à la mémoire du Professeur Paul Sollier.

Le *Judi 8 février 1934*, l'*Institut des Hautes Etudes de Belgique* a célébré à *Bruzelles* le souvenir de son président défunt, notre regretté collègue, le Professeur PAUL SOLLIER, en une séance académique, devant une nombreuse assistance.

Le nouveau président, M. G. CORNIL, Professeur à la Faculté de droit de Bruxelles, décrivant le rôle de son prédécesseur, montra que la force, la bonté et l'intelligence exprimées dans les traits et la stature de l'homme furent les moteurs constants de son activité. Mlle COCHET, Docteur en droit, dégagait la pensée philosophique éparse dans les ouvrages du disparu, établissant un parallèle entre sa conception de la morale et celle de Bergson. Le Docteur Auguste LEY, Professeur de clinique psychiatrique à l'Université de Bruxelles, mit en lumière, avec toute l'autorité de sa grande compétence et toute la délicatesse affectueuse d'une amitié vieille de 35 ans, l'œuvre neurologique et psychiatrique de Sollier. Enfin, M. DRABS, Professeur à l'Institut des Hautes Etudes, résuma les travaux du psychologue et du créateur de l'*Ecole d'Ergologie*.

NÉCROLOGIE

A. D. Journiac (1860-1934).

A l'âge de 76 ans, vient de s'éteindre à Cagnes (Alpes-Maritimes) un aliéniste de haute valeur et de grande modestie que la génération actuelle n'a guère connu, Auguste-Diogène JOURNIAC.

Né à Lille, il fit des études particulièrement brillantes au Lycée de cette ville et obtint un premier prix de mathématiques au concours académique. Après avoir passé dans sa ville natale les examens de la licence ès sciences, avec dispense d'âge, il vint à Paris titulaire d'une bourse de doctorat ès sciences (1880), il fut préparateur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris (1880-83) et soutint une brillante thèse de doctorat ès sciences naturelles sur les Algues chez les Rosacées. A la suite d'une très grave fièvre typhoïde, il abandonna la préparation de l'agrégation, devint interne de l'Hôpital Rothschild, puis des Asiles de la Seine (1885). Interne de Magnan, il publia avec Henri Colin un certain nombre de leçons du Maître. Docteur en médecine en 1888, il fut reçu médecin adjoint des Asiles (région du Nord) après un remarquable concours. D'abord médecin adjoint à Saint-Venant et à Blois, il passa directeur ou médecin en chef des Asiles de Pierrefeu, Le Mans, Alençon, Auxerre, Saint-Ylie et enfin Marseille où il resta près de vingt ans (1903-23). Au Mans, il fut chargé, outre ses fonctions à l'Asile, de la direction du Laboratoire de bactériologie et du Service de la vaccine. A Marseille, il fut chargé des conférences de psychiatrie aux officiers élèves de l'école d'application du service de santé colonial où ses leçons ont été fort appréciées.

Journiac était un artiste. Il avait une bibliothèque singulièrement riche dans laquelle il vivait. Il a toujours fui la renommée, il a refusé les distinctions les plus flatteuses et des situations très lucratives. Le trait distinctif de son caractère était une inépuisable bonté, surtout envers ses malades les plus déshérités et envers ses collaborateurs.

L. WAHL.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES



MÉMOIRES ORIGINAUX

L'ÉTAT MENTAL AU COURS DE L'ACCÈS CATATONIQUE

*Rôle de l'onirisme et des idées fixes post-oniriques
dans le négativisme, les délires et les hallucinations des
catatoniques. Faux aspects de simulation. Etiologie toxique.*

PAR

H. BARUK

Depuis sa description par Kahlbaum, la catatonie a donné lieu à de multiples tentatives d'explications pathogéniques. Au premier abord, rien ne paraît plus déconcertant que ces malades chez lesquels s'associent ou se succèdent la suspension de l'initiative motrice, le négativisme, des hyperkinésies complexes, des troubles organo-végétatifs. Ce qui paraît surtout particulièrement étonnant pour tout observateur non prévenu, c'est l'extraordinaire variabilité des symptômes et leur caractère capricieux : tel malade en proie à une raideur extrême, enroulé sur lui-même et semblable à une statue grimaçante, se lèvera soudain avec la plus grande aisance pour prendre un objet qui l'intéresse, comme ce malade auquel nous avons fait plus d'une fois allusion, qui sortait tout d'un coup de son négativisme pour

aller prendre « l'illustration » sur une table voisine. Tel autre, ne sortira du mutisme le plus absolu que devant certaines personnes, un voisin de lit, ou un infirmier, toujours le même. Certaines attitudes sont également étranges : combien de fois n'avons-nous pas été frappés en faisant notre visite, de voir certains catatoniques étendus sur le sol, les bras en croix, le regard à la fois contracté et inanimé, comme dans une attitude d'extase. Que dire de ces crises de gesticulations, que Kahlbaum décrivait sous le vocable si expressif de « pathéticismus » durant lesquels les malades se contorsionnent, prennent tour à tour des poses douloureuses ou expansives, semblant parfois mimer de véritables scènes, et ressemblent, comme l'a souligné Kahlbaum, à des comédiens ?

Même au cours de la stupeur catatonique, on a l'impression dans bien des cas que le malade est relativement présent : tel ce malade de Charenton, plongé dans le mutisme, qui fait non de la tête lorsqu'on le presse de parler. Souvent, certains sujets à qui l'on a placé le bras en l'air, le laissent tomber au bout d'un certain temps, puis le soulèvent à nouveau comme s'ils avaient oublié la consigne.

En un mot, la catatonie donne au premier abord l'impression d'une action volontaire et c'est pourquoi beaucoup de ces sujets sont pris pour des simulateurs, ou traités d'hystériques.

Cependant, derrière cette apparence volontaire, on peut noter une série de signes organiques importants : les troubles vasculaires, la pâleur si spéciale du visage, l'acrocyanose orthostatique, les modifications profondes du tonus des vaisseaux, de la tension artérielle moyenne, de l'indice oscillométrique, les troubles sécrétoires, la salivation intense, parfois l'énorme seborrhée, les spasmes digestifs, les perturbations hépatiques et humorales, les troubles respiratoires (polypnée paroxystique, alternant avec de l'apnée), etc... tous ces signes traduisent une perturbation profonde de l'organisme tout entier, et de tous les appareils.

Ajoutons à cela les troubles si importants des réactions labyrinthiques, les perturbations spéciales de la chronaxie musculaire et vestibulaire, l'existence possible de certains signes pyramidaux transitoires, ou de variations passagères des réflexes, certaines modifications possibles du liquide céphalo-rachidien, etc...

D'ailleurs, les catatonies symptomatiques d'états organiques avérés sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit : la catatonie de la syphilis cérébrale ou méningée est connue de longue date, mais il faut y ajouter la catatonie typhique (Dufour), la catatonie de l'encéphalite léthargique, la catatonie de certains

ictères infectieux, la catatonie colibacillaire, la catatonie tuberculeuse, etc... Nous avons pu observer l'apparition de catatonies au cours de septicémies graves (colibacillaire, septicémie post-puerpérale, et dans un cas de septicémie à staphylocoque mortelle).

En dehors de ces catatonies toxi-infectieuses, il faut citer celles de l'hypertension intra-cranienne, les catatonies toxiques (éthylisme, coma diabétique dans un de nos cas) enfin les catatonies de l'artério-sclérose cérébrale.

Enfin, la reproduction expérimentale de la catatonie chez l'animal par la bulbo-capnine (de Jong et Baruk), puis par diverses substances hormonales (De Jong) ou par des toxi-infections expérimentales (Baruk), apporte un appoint considérable à la notion de la nature organique de la catatonie.

Voici donc une maladie dont tout un faisceau de preuves nous montre la nature organique, et qui cependant prend toutes les apparences de l'action volontaire. Et ces apparences volontaires ne reposent pas seulement sur les impressions cliniques que nous venons de rappeler, elles sont confirmées par l'analyse objective des troubles moteurs, en particulier par l'étude des réflexes de posture, et des courbes électromyographiques, comme nous l'avons montré dans une série de travaux antérieurs avec le P^r H. Claude.

Comment donc expliquer ces données en apparence contradictoires ? Pour y parvenir, nous nous sommes efforcés après avoir étudié la maladie du dehors par ces diverses investigations cliniques et physiologiques, de l'explorer, en quelque sorte « du dedans », c'est-à-dire de découvrir ce qui se passe dans l'esprit même du malade au cours de l'accès catatonique. Pour parvenir à ce but, nous avons recueilli aussi exactement que possible, les déclarations des malades qui sont sortis de l'état catatonique. Un certain nombre d'entre eux ont des rémissions si complètes qu'ils peuvent donner des détails précis sur ce qu'ils éprouvaient pendant leur maladie. Ils peuvent alors, suivant l'expression d'une de nos malades, rappeler « leurs souvenirs de ce voyage dans cet autre monde mystérieux. » Nous avons ensuite, après avoir dépouillé nos observations, comparé les déclarations des divers malades. Ces déclarations concordent dans une certaine mesure, et permettent de décrire dans l'ensemble, l'état mental durant l'accès catatonique.

Nous exposerons d'abord les divers éléments de cet état mental.

Nous les confronterons ensuite avec les données physiologiques afin de voir s'il est possible d'arriver à une certaine synthèse de nos connaissances sur la catatonie.

PREMIÈRE PARTIE

ANALYSE CLINIQUE

Avant d'entrer dans le détail de l'état mental des malades au moment de leur accès catatonique, il nous paraît nécessaire de rappeler quelques données séméiologiques indispensables.

Quand on parle de catatonie, on confond souvent en effet deux aspects cliniques quelque peu différents. Le premier est caractérisé par un tableau où prédomine une immobilisation avec raideur intense, attitude en flexion ou même d'enroulement foetal, et des troubles organo-végétatifs considérables (acrocyanose, salivation, etc...). Cet état d'immobilisation peut s'interrompre, parfois brusquement, d'une façon inattendue, par des impulsions ou des crises de gesticulations du type du pathéticismus. D'autre part, la maladie évolue le plus souvent par accès périodiques, entrecoupés de rémissions parfois très prolongées (jusqu'à dix ans dans un de nos cas). Ce tableau est celui de la *Catatonie de Kahlbaum*, c'est-à-dire de la catatonie vraiment caractéristique. Cette catatonie de Kahlbaum est d'ailleurs rare, mais c'est elle que l'on doit prendre comme type d'étude.

A côté du tableau clinique précédent où domine l'immobilité avec raideur, on observe un autre tableau dans lequel les éléments précédents restent au second plan derrière une série de phénomènes d'absence ou d'automatisme : les malades ne sont plus aussi rigoureusement contractés et immobilisés, mais leur visage a un aspect indifférent, ils manquent d'initiative, conservent les positions, et se livrent à de multiples mouvements stéréotypés. C'est là le tableau de la démence précoce hétérophréno-catatonique, qui représente l'immense majorité des cas que connaissent la plupart des médecins.

Ces deux types cliniques (1) ne représentent pas, à notre avis, des maladies radicalement différentes, mais des stades d'atteinte différents du système nerveux. La catatonie de Kahlbaum représente un stade d'atteinte beaucoup plus initial, c'est-à-dire moins profond, *stade essentiellement réactionnel*, et à *symptômes psycho-moteurs actifs*. L'hétérophréno-catatonie représente, au contraire, un stade plus profond, à *symptômes essentielle-*

(1) Nous avons à plusieurs reprises insisté avec le P^r Claude sur ces deux types séméiologiques.

ment dissociatifs, avec désagrégation mentale. Dans les cas habituels de démence précoce, la maladie atteint, le plus souvent, plus ou moins d'emblée, ce second stade, et la phase de catatonie de Kahlbaum n'est pas visible. Dans les cas moins graves, ou moins profondément évolutifs, la maladie peut s'arrêter au stade de la catatonie de Kahlbaum, puis régresser même complètement ensuite, pendant fort longtemps. Il reste néanmoins à craindre qu'après un certain nombre de poussées, la désagrégation mentale s'installe peu à peu, et finalement, en pareil cas, la catatonie de Kahlbaum finit par aboutir au tableau de la démence précoce.

Mais, si ces deux états ne représentent probablement que des stades différents d'atteinte cérébrale, il n'en reste pas moins vrai que chacun de ces stades met probablement en œuvre des processus psycho-physiologiques quelque peu différents. Aussi, nous paraît-il nécessaire de les étudier successivement.

A. Etat mental au cours du stade « Catatonie de Kahlbaum »

La première constatation qui frappe lorsqu'on interroge les catatoniques, c'est bien souvent la remarquable *conservation de la mémoire pendant l'accès* : nous avons vu plusieurs fois des malades qui étaient restés en pleine catatonie pendant des mois et même des années, nous rappeler ensuite les moindres incidents du service, les changements d'internes, les traitements effectués, tel ce malade qui avait été conduit plusieurs fois à la Salpêtrière pour être examiné par le Dr Bourguignon. Il pouvait, non seulement décrire la salle d'examen du Dr Bourguignon, mais il avait retenu le mot *chronaxie* qu'il avait entendu plusieurs fois. Les malades entendent et retiennent en général très bien toutes les réflexions que l'on fait sur leur cas, et y sont extrêmement sensibles malgré leur impassibilité apparente. Un de nos malades nous retraçait les détails d'une consultation de plusieurs médecins qui avait eu lieu. Il avait retenu le mot de catatonisme. Une autre de nos malades nous a dit avoir énormément souffert des réflexions ironiques d'un médecin, lors d'un accès de stupeur catatonique, et des encouragements maladroits d'une personne de son entourage. Un autre malade, qui se trouvait apparemment dans un état de stupeur, sortit brusquement de son mutisme à l'occasion d'une réflexion que nous faisions en passant devant son lit. Nous disions à quelques élèves que, dans de tels états, il y avait peut-être un certain degré d'absence. Brusquement, le malade s'écria : « Non, ça n'est pas vrai, je suis bien présent. »

Il est extrêmement important de tenir compte de ces faits dans la façon dont on se comporte vis-à-vis de ces malades. Il ne faut nullement se fier à leur aspect extérieur d'obnubilation et d'indifférence : on *peut aggraver considérablement leur état par des réflexions déplacées et on peut les faire souffrir très vivement*. L'émotivité de ces malades est, en effet, bien plus grande qu'on ne pourrait le croire. L'incident suivant le montre bien : un jour, alors que nous examinions une malade en pleine stupeur catatonique, une infirmière voulant donner quelques détails sur l'état de la malade, insistait sur son apathie, son aspect d'abrutissement et décrivait la situation de la malade dans des termes fortement péjoratifs. A ce moment, on vit soudain le visage se colorer, et de grosses larmes couler sur les joues de cette pauvre femme.

On ne saurait donc trop insister sur le tact, la douceur et la bonté, qui sont encore plus nécessaires avec les catatoniques qu'avec tous les autres malades, et sur la nécessité d'avoir continuellement présent à l'esprit, devant de tels sujets, qu'ils peuvent entendre et comprendre ce qu'on dit devant eux.

Il semble donc que, tout au moins dans la plupart des cas que nous avons vus, la mémoire de fixation soit conservée souvent de façon étonnante au cours même de l'accès catatonique. Toutefois, il peut exister, chez les catatoniques, des accès confusionnels qui ne laissent pas de souvenirs, ou seulement un souvenir estompé. Par exemple, chez une de nos malades, Mlle P..., la catatonie a fait suite à un épisode fébrile, onirique aigu, à début brusque. Or, si les moindres événements survenus pendant la phase catatonique proprement dite (visites de médecin, traitements, changements de lieu) ont été notés avec une précision remarquable, la période confusionnelle qui a marqué le début de la maladie semble avoir été presque complètement amnésique. « Il y a là, nous dit la malade, un *véritable trou* que je ne m'explique pas. Je ne parviens pas à comprendre comment je me suis retrouvée à un moment donné, malade, dans un lit. C'est comme si, dans l'intervalle, j'avais été dans une autre vie, c'est un trou dans mon passé. » Il faut noter, d'ailleurs, que ces états confusionnels amnésiques *précèdent généralement l'apparition du syndrome catatonique*.

SENTIMENT D'INFLUENCE ET NÉGATIVISME IMPOSÉ

En dehors de cette question de la conservation de la mémoire de fixation, la première question que nous nous sommes posée

est de savoir si l'immobilité et les troubles catatoniques étaient liés à un simple barrage moteur, ou à un état plus complexe psycho-moteur avec participation de l'activité volontaire. Voici quelques réponses de malades à ce sujet.

Nous demandons au malade C. pourquoi il ne parlait pas durant son accès catatonique, et si ce mutisme était dû à une gêne des mouvements de la langue.

R. — Non, répond-il, pas du tout, j'étais libre de ma langue.

D. — Pourquoi alors ne parliez-vous pas ?

R. — *Je ne voulais pas, je ne sais pas, c'était peut-être de la mauvaise volonté ; je croyais qu'il ne fallait pas parler.*

Même question au malade B. Pourquoi restais-tu immobile. Est-ce parce que tu ne pouvais pas, ou que tu ne le voulais pas ?

R. — *Je ne voulais pas.*

D. — Souffrais-tu de cet état ?

R. — Non, pas trop.

D. — Etais-tu malheureux ?

R. — Je m'ennuyais.

D. — Cela ne tenait-il qu'à toi de parler ?

R. — Oh ! oui.

D. — Pensais-tu à quelque chose à ce moment-là ?

R. — Oui, je pensais que je n'étais pas bien, c'est cela qui m'empêchait de parler.

Nous pourrions multiplier les exemples ; la plupart des malades que nous avons vus déclarent nettement que leur immobilité et leur raideur sont dues, non à une résistance musculaire, mais qu'elle est réalisée par eux-mêmes.

Quant aux motifs qui leur paraissent expliquer cette action volontaire, ils semblent variables. Un certain nombre de malades constatent le fait sans pouvoir l'expliquer : ils se sentent obligés de s'immobiliser et de se contracter sans savoir pourquoi. Certains attribuent cet état à la maladie même : « Je devais rester ainsi parce que je n'étais pas bien », nous dit l'un ; « C'est parce que je n'étais pas dans mon état naturel », nous dit un autre. Un certain nombre se plaignent qu'ils se sentent comme saisis, pétrifiés, comme si leur volonté était prise par une influence extérieure : « Je ne pouvais pas parler à certains moments, nous dit le malade He..., c'était comme une influence qui m'empêchait de parler et de bouger. J'étais comme un morceau de bois, mais j'étais parfaitement conscient, et j'ai l'impression que mon intelligence luisait dans

mes yeux, absolument intacte... » Cette impression est, chez lui, intriquée avec celle de l'affaiblissement de sa personnalité, et la conscience d'une certaine suggestibilité. « J'étais plutôt, ajoute-t-il, comme une chose, que comme un être vivant. Je ne pouvais penser qu'avec effort et sous l'influence du regard de quelqu'un. Je ne pouvais pas réfléchir... Je restais des journées entières comme dans le vide... Je sentais que j'étais détaché de tout ce qui est vivant. Lorsqu'on m'approchait pour m'interroger, j'étais comme arrêté dans ma pensée, par la pensée de celui qui m'interrogeait. Je ressentais nettement une influence ; c'était comme un arrêt vital complet. »

Certains malades disent qu'ils ont, à ce moment, l'impression d'être comme des automates, ne pouvant rien faire d'eux-mêmes, et ne pouvant agir que sur ordre. Il en était ainsi chez un curieux malade étudié par l'un de nous avec Lauzier, et présentant un mutisme total. Toutefois, il répondait parfaitement par écrit, et pouvait ainsi donner tous les détails sur ce qu'il ressentait. Quand on lui demandait les motifs de son mutisme, il répondait qu'il aurait pu parfaitement parler s'il l'avait voulu, et que ce qui l'empêchait de parler était dans sa tête et non dans ses lèvres. Nous lui demandons un jour ce qu'il faut faire pour qu'il puisse parler. Il répondit qu'il *fallait le dire à l'esprit qui était dans sa tête en le faisant penser*, et qu'alors la parole viendra. Il avait ainsi l'impression d'avoir en lui un esprit ou une personne qui inhibait sa pensée, et le privait de toute initiative.

HALLUCINATIONS IMPÉRATIVES

Dans d'autres cas, il existe, au moment de l'accès catatonique, non plus seulement cette sensation d'inhibition volontaire avec impression d'influence, mais des hallucinations caractérisées, ou un délire actif. Il en est ainsi surtout dans les formes où domine le négativisme.

Par exemple, Mlle P..., qui a présenté durant de longs mois une catatonie d'une intensité extrême avec une raideur considérable, nous donne les détails suivants au cours d'une rémission :

D. — Pourquoi, lui demandons-nous, étiez-vous si raide, si contractée et si immobile ? Était-ce vos muscles qui étaient ainsi raidis malgré vous ?

R. — Mais non, pas du tout, c'était voulu chez moi.

D. — Pourquoi ?

R. — Parce que j'obéissais à des voix que j'entendais qui paraissaient sortir de mon oreille.

D. — Que disaient ces voix ?

R. — De rester immobile. C'est pourquoi je me contractais de toutes mes forces... C'est d'ailleurs pour la même raison que je ne mangeais pas au début de mon arrivée ici.

D. — Cela devait vous fatiguer de vous contracter ainsi ?

R. — Non, pas énormément.

D. — Auriez-vous pu causer si vous l'aviez voulu ?

R. — Oui, mais je faisais tous mes efforts pour ne pas parler.

Nous lui demandons encore quelques détails sur ses voix. Elle répond que c'était des voix très spéciales, non comparables à une voix ordinaire. « Quelquefois, ajoute-t-elle, il y a des sourds qui entendent de cette manière, ils entendent la parole articulée mais pas le son. » (Il s'agissait probablement plutôt d'hallucinations psychiques que d'hallucinations auditives franches), mais la malade ajoute : « C'était des voix impératives, des ordres impératifs. Il n'y avait pas moyen de s'y soustraire. »

Un autre de nos malades, le jeune B..., nous a déclaré qu'il restait « raide et figé, parce que ses voix lui disaient qu'il ne fallait pas bouger, qu'il serait, sans cela, arrivé un malheur ».

LES DÉLIRES CATATONIQUES

Délires de mortification. — Ces manifestations hallucinatoires sont souvent intriquées avec un véritable délire, dont le contenu apparaît très spécial, et se rapproche surtout du délire mélancolique. D'ailleurs, les manifestations d'allure mélancolique sont fréquentes dans la catatonie. Celle-ci débute extrêmement souvent par des états dépressifs, que Kahlbaum rapprochait de la *melancolia attonita*. Il existe fréquemment, en pareil cas, des idées, ou plutôt des craintes d'auto-accusation, d'indignité, etc., des préoccupations hypochondriaques, parfois même des idées de suicide. Par exemple, chez le jeune C., la maladie a débuté vers 17 ans par un état de dépression marquée. Il se croyait syphilitique et perdu. Il refusait à ce moment de servir les clients dans le café où il travaillait, craignant de leur communiquer la syphilis dont il se croyait atteint. On notait, en même temps des idées mystiques, et par intervalles, des idées de suicide (voulut, une fois, se jeter sous une voiture). Un autre de nos malades, le jeune H..., présenta, au début de sa maladie, un état analogue à la suite d'un choc émotif. En manipulant une arme à feu qu'il ne croyait pas chargée, le coup partit. Une jeune fille fut très légèrement blessée. A partir de

ce moment, le jeune homme devint sombre, triste, toujours solitaire, se mit à maigrir et quelques mois après, entraînait dans la catatonie. On pourrait multiplier les exemples, mais l'observation suivante est particulièrement caractéristique, pour montrer l'importance du délire et des hallucinations à type mélancolique au cours de l'accès catatonique.

Mme F..., âgée de 60 ans, présente en avril 1932 un état de fatigue, avec insomnie, sensation d'épuisement physique. Cet état s'était installé peu à peu à la suite de surmenage d'une part, et d'autre part, de l'apparition de pertes rouges, qui sont reconnues bientôt comme liées à la présence d'un petit fibrôme utérin.

En août 1932, de plus en plus fatiguée, Mme F... part à la campagne, mais elle est de nouveau très surmenée et inquiète par suite d'une maladie grave de sa fille, et de la nécessité de s'occuper de quatre petits enfants. A son retour de la campagne, se plaignait de se sentir « complètement épuisée ».

C'est sur ces entrefaites que nous sommes appelé à l'examiner. A ce moment, il semblait s'agir d'un état asthénique et dépressif simple. Mais bientôt, apparaissent d'abord *des rêves* nocturnes à thèmes mélancoliques (son oncle avait volé, elle avait tué sa bonne, bonne très dévouée et qu'elle aimait beaucoup, etc...). Ces idées apparaissaient d'abord dans les rêves, puis se développaient peu à peu aussi dans la journée, et ainsi se constituait un *véritable état mélancolique* (elle ne pouvait rien faire, elle se voyait devenue d'une saleté repoussante, etc.). Peu à peu, s'installe le mutisme, le refus d'aliments et enfin un négativisme de plus en plus intense, avec bientôt l'aspect du syndrome catatonique le plus caractéristique. Cet état persista plusieurs mois, peu à peu, très lentement, la raideur s'atténua, puis la malade commença à parler, à manger. En juillet 1933, elle paraît très améliorée, et, à la faveur de cette amélioration, nous lui avons demandé ce qu'elle avait éprouvé durant la période catatonique. Voici ce qu'elle nous a répondu.

« Je disais, jamais je ne pourrai dire ce qu'il y a dans ma vie. Mon état d'esprit était le suivant : je me disais, je sombre dans un état de gâtisme, parce qu'il me semblait qu'il y avait une périodicité mauvaise. Pendant 48 heures j'ai éprouvé un bien-être d'être ici (d'être hospitalisée). Il me semblait que j'étais à l'abri de quelque chose, que j'échappais à une influence, et je me répétais : « Je m'en fous, je m'en fous. » J'étais dans cette crainte du gâtisme, de la folie. »

D. — Pourquoi ne parliez-vous pas ?

R. — Parce que je me disais : « Non, je ne pourrai jamais dire ce que j'ai dans ma vie, puisqu'il n'y a rien. Je cherchais les crimes, les vols dont on m'accusait et que je n'avais pas faits. »

D. — Pourquoi étiez-vous si raide ?

R. — J'ai eu l'idée qu'on a impressionné mon cerveau, que vous vouliez me faire suicider. Je me disais : « Pourquoi me suiciderais-je, puisque je n'ai rien fait de mal ? »

Un beau jour, je me suis réveillée de cette torpeur, et j'ai pu me réveiller, me débarbouiller.

D. — Vous étiez donc dans la torpeur ?

R. — Oui, la sensibilité avait disparu. Je me disais : « Tant pis, il y a là une calamité. Je croyais aussi que j'avais suspendu le cours de l'humanité, et que toute l'humanité allait mourir parce que je ne pouvais pas dire que j'avais fait du mal, puisque je n'avais rien fait. »

Elle ajoute qu'elle cherchait toujours en vain le crime dont elle croyait qu'il fallait qu'elle s'accuse. C'est alors qu'elle finit par s'accuser faussement du vol d'un billet de 5 fr., puis qu'il fallait absolument s'accuser de quelque chose !

Elle entendait d'ailleurs, ajoute-t-elle, des voix qui l'accusaient d'être sale, d'être une femme de mauvaise vie, etc... « C'était intolérable, et je me disais : mais vraiment, je n'ai rien fait ! »

Actuellement, elle se rend compte que tout cela était absurde. Cependant, par moments, elle entend encore causer au-dessus d'elle, et croit encore, par instants, que les médecins lui envoient des courants électriques.

On voit, dans cette observation de catatonie tardive, certaines parentés importantes entre l'état mental de cette malade et celui de certains délires mélancoliques hallucinatoires (1). Il est tout particulièrement intéressant de souligner l'apparition des idées délirantes d'abord dans le rêve habituel de la nuit, puis ultérieurement, dans le contenu des hallucinations. C'est un fait que nous avons remarqué à plusieurs reprises. Il est également important d'insister sur cette sorte d'obligation imposée de s'accuser, obligation qui a poussé la malade à s'accuser, pour en finir, d'un vol insignifiant, mais qui pourrait aboutir à des réactions plus graves (2). Cette obligation de

(1) Un autre fait que nous avons remarqué chez plusieurs de nos catatoniques, c'est l'extension à l'entourage des idées mélancoliques. Par exemple, une de nos malades nous racontait qu'au cours de l'accès catatonique, elle avait l'impression que les médecins qui la soignaient étaient condamnés comme elle, et qu'ils étaient destinés à une mort rapide. Il lui semblait voir sur leur visage une altération des traits, qui indiquait une menace prochaine pour leur vie.

(2) Il y a peut-être là une explication possible de certaines impulsions observées chez les catatoniques, telles que le suicide imposé. Nous rappellerons un peu plus loin le cas d'un malade qui ressentait ainsi des idées impératives de frapper.

s'accuser chez une personne qui ne se connaît aucune faute, constitue une certaine différence avec la mélancolie franche dans laquelle les idées d'auto-accusation sont plus intégrées à la personnalité, tandis qu'ici, les idées d'accusation apparaissent dans l'hallucination par suite d'un certain degré de dissociation psychique.

L'observation suivante est aussi très caractéristique au même point de vue : il s'agit d'un malade en état de mutisme et d'immobilité absolue depuis plus de 11 ans, et qui est interné actuellement à Charenton. A son entrée, il y a 11 ans, le Dr Mignot résumait son état dans le certificat suivant : est atteint de stupeur avec mutisme, négativisme, impulsions, refus des aliments ». Il semble, actuellement, que le négativisme musculaire ait complètement disparu. Le malade est très souple, même hypotonique, mais il conserve un masque inexpressif, une immobilité complète, avec passivité et conservation des attitudes, du refus d'aliments, et un mutisme dont il ne sort qu'à de rares intervalles. Généralement, c'est brusquement et d'une façon tout à fait inattendue qu'il sort du mutisme : Par exemple, peu après son entrée à Charenton, nous trouvons, dans son observation, le 8 avril 1923, la note suivante : « Au moment où nous allons lui mettre la sonde, il se lève et dit d'un ton irrité : « Je veux voir M^r le Médecin-Chef », se plaint à celui-ci d'être placé entre des malades bruyants alors qu'on ne lui dit jamais un mot. « C'est par malveillance que l'on fait cela. » Exige qu'on le change de cellule, « j'ai le droit de ne pas être ennuyé ». Puis il se recouche et retombe dans le mutisme, se laisse passer la sonde sans protester et ne répond pas lorsqu'on lui demande pourquoi il ne mange pas.

Depuis notre arrivée dans le service, nous avons, à plusieurs reprises, assisté à des épisodes du même genre. Par exemple, le 19 février 1932, M. B. s'écrie soudain, au moment de notre visite dans la salle : « Je veux causer avec M. le Médecin-Chef. » Nous nous empressons auprès de lui. Nous le trouvons alors de nouveau étendu, les yeux clos, avec une conservation des attitudes impressionnante. Mais il sort de nouveau brusquement de son état cataleptique, et fait, d'une façon précipitée, la déclaration suivante :

« On voudrait donner à ma nourriture une forme de méchanceté... »

« Si je mangeais, cela ferait du tort aux miens.

« Je préfère mourir, aller dans la tombe, plutôt que de prendre

« un morceau de pain. *Il y a des choses qu'un honnête homme ne fait pas. Mon honnêteté m'empêche de manger. C'est une question de conscience...*

« Je ne mange que parce que je suis ici, et que je ne travaille pas. Si je travaillais, je mangerais normalement.

« J'ai eu beaucoup de soubresauts très pénibles. Cela m'a donné une sorte de neurasthénie de mon cerveau, et m'a donné l'envie de vivre seul. A l'âge de 19 ans, j'ai changé de direction : j'ai éprouvé une grande admiration pour la religion. Depuis ce moment, j'ai senti un besoin de solitude. J'ai senti comme des attaques dans le cerveau. C'était des choses très pénibles dans la tête, des pensées qui me faisaient fuir le monde. *Ces pensées étaient tout à fait involontaires.* Au régiment, cela m'a changé. J'ai été très bien pendant trois ans.

« Après mon service, je suis retombé dans un état de neurasthénie. Mes pensées se sont tournées vers la religion. A Maison-Blanche, j'ai eu d'autres pensées et une grande oppression aux tempes qui me donnaient de véritables crises nerveuses chaque fois que je lisais un journal. *Après cela, c'est une autre folie. C'est une pensée qui me dit qu'il ne faut pas manger.* »

D. — Est-ce votre propre pensée de ne pas manger, ou est-ce une pensée involontaire ?

R. — Ma conscience me dit de ne pas manger, c'est volontaire, mais les pensées que j'ai ici sont involontaires, j'entends faire mon devoir d'une façon parfaite.

Enfin, quelques mois plus tard, M. B. sortit encore une fois brusquement de son mutisme, s'écriant qu'il en avait assez, qu'il avait fait tout ce qu'il pouvait pour se retenir de manger, mais que maintenant le sacrifice avait assez duré, qu'il mangerait. Il demandait également des livres. Nous le félicitons alors de ces nouvelles dispositions, en lui annonçant qu'on allait lui donner les livres demandés. Mais presque aussitôt, son visage reprend l'aspect éteint qu'il présente habituellement, et il dit : « Je ne veux pas vous causer davantage. » Il se renferme alors de nouveau dans le mutisme, et le refus d'aliments.

On voit le caractère complexe d'un tel état mental : il consiste dans un délire complexe formé à la fois *d'idées de persécution* et *d'idées de mortification à caractère mélancolique*. On comprend, devant de tels malades, que certains aliénistes aient voulu rattacher la catatonie soit à la paranoïa, soit au délire hallucinatoire. Mais, en réalité, il s'agit d'un *délire bien spécial*, ne présentant *aucune trame, aucun lien logique, aucune organisation*, et ne reposant, en fait, que sur l'apparition parfois

brusque *d'idées impératives, élémentaires, primitives*, à l'état brut, en quelque sorte, idées dont le caractère est intermédiaire entre l'idée obsédante et l'hallucination psychique, et que le malade subit le plus souvent sans les comprendre.

On voit donc que le délire des catatoniques est bien spécial, et présente des caractères qui le différencient des autres syndromes mentaux : s'il rappelle parfois, par son contenu et ses tendances, le délire mélancolique, avec ses tendances de mortifications et d'auto-punitions, il s'en différencie cependant par l'absence d'une véritable douleur morale, et d'une anxiété nette. Il existe, à ce point de vue, une *véritable discordance* entre le contenu du délire et l'attitude du malade. C'est que l'idée *délirante reste séparée de la personnalité* s'imposant à elle, sans que le malade réagisse. Il y a là une véritable dissociation très spéciale, caractérisée souvent par la présence d'une *véritable idée fixe, impérative, sans aucune base cohérente, et souvent à caractère absurde*.

Délires métaphysiques et idéalisés. — Parfois, le délire prend un aspect plus touffu, fantastique, à contenu métaphysique. Une de nos malades prétendait avoir connu l'un de nous dans un autre monde et dans une autre vie. Une autre malade, qui nous avait été montrée par Mlle Vogt, avait présenté, à plus de dix ans d'intervalle, des crises de catatonie extrêmement intenses, qualifiées, par plusieurs médecins, d'hystérie et traitées, sans le moindre résultat d'ailleurs, par un torpillage violent et prolongé. Quelques mois après, la malade sortait spontanément de la catatonie et donnait des détails sur ce qu'elle avait éprouvé pendant l'accès : elle entendait tout, dit-elle, et se rappelait tout, mais elle se considérait comme condamnée à l'immobilité par un vœu, en vertu duquel elle s'était proposée en holocauste à N.-D. des Victoires... Ce vœu était une protestation, disait-elle, de l'esprit contre la matière. « Ces médecins, disait-elle, ont beau faire de l'hypnose. Il y a l'élément du bien et du mal. Il y a la conscience professionnelle du médecin qui s'occupe de sa malade, c'est acte de volonté, l'esprit domine la matière ; on a dit que j'étais hystérique parce que j'étais pure. »

C'est ainsi, ajoutait-elle, qu'elle avait résisté de toutes ses forces contre le torpillage qui constituait pour elle le symbole de l'oppression et de l'action de la matière sur l'esprit.

Une telle observation met en évidence, outre l'existence d'idées délirantes touffues, incohérentes, d'allure paranoïde durant l'accès catatonique, une certaine modification des senti-

ments avec exaltation affective et idéaliste, exaltation qui semblait intriquée avec son opposition générale. L'état affectif est d'ailleurs souvent modifié, d'une façon très spéciale, au cours de l'accès catatonique et nous allons maintenant l'étudier.

LES TROUBLES CÉNESTHÉSIQUES ET AFFECTIFS

Le sentiment de « mort vivant ». — Au moment de l'accès catatonique, l'état affectif du malade peut présenter des teintes très différentes : tantôt il est relativement neutre, toute la vie psychique étant voilée comme dans un brouillard de rêve. En pareil cas, le malade parle de cette période catatonique comme d'une période terne, plus ou moins vide, pas particulièrement pénible, mais cependant plutôt désagréable, où tout semble avoir été estompé. Cette sensation de brouillard, d'extinction s'accompagne parfois d'un sentiment très spécial chez ces malades, le *sentiment de la mort*. Ce sentiment semble lié à la prise de conscience de cette sorte d'impossibilité d'initiative, d'aboulie et de passivité qu'est le psychisme de ces malades. Cette suspension de l'initiative est ressentie d'ailleurs, non seulement pour les actes, mais encore pour la pensée. Le malade subit les pensées qui se déroulent automatiquement dans son esprit, mais ne peut penser activement.

Toutes ces impressions (jointes probablement à des sensations cénesthésiques spéciales) peuvent concourir à ce sentiment général de mort exprimé de façon impressionnante, par certains malades : un de nos malades, que nous avons étudié avec Morel, disait : « Je ne suis qu'un mort, comment va-t-on m'enlever mon état religieux ? Je ne vis pas. On m'a donné la mort par le sommeil artificiel. » Ce malade se frappait afin de se faire revenir dans la salle, de se réveiller. Un autre malade nous disait : « J'étais plutôt comme une chose que comme un être vivant. *J'étais comme un mort, un mort qui pense et qui souffre* », et comme nous lui demandions si cette sensation de mort était pénible, il ajoutait : « Très pénible, je parlais, mais ma physionomie ne pouvait exprimer ce que je ressentais. »

Ce sentiment de la mort peut peut-être expliquer certaines attitudes de certains malades qui s'enroulent dans leurs draps comme dans un suaire, et restent ainsi des journées entières. D'ailleurs, ce sentiment subjectif est souvent bien en accord avec l'aspect extérieur du malade, dont le visage est parfois si vide d'expression et de vie, qu'il donne aussi à l'observateur l'impression d'un être inanimé, l'impression de la mort.

L'éréthisme affectif. — A côté de ces états affectifs, en quelque sorte négatifs, il existe, chez certains malades, au cours de l'accès catatonique, une certaine acuité affective, et une sorte d'exaltation idéalisée et spiritualisée extrêmement curieuse. Assez souvent cette exaltation prend une teinte mystique, avec idées de sacrifice. Il en était ainsi chez cette malade à laquelle nous faisons allusion plus haut, Mlle P..., qui déclarait qu'elle se livrait au martyre et se sacrifiait pour la France, sa résistance et son négativisme catatonique lui apparaissaient comme le symbole de la résistance du bien et de l'idéalisme contre la barbarie, et les méfaits d'une science féroce, représentée par les Allemands durant la guerre de 1914. Un autre de nos malades, M. H... disait, au sortir d'une crise catatonique : « Il m'est venu, à ce moment, l'idée que je devais être le Messie, ce n'était pas du catatonisme que j'avais, c'était des choses très profondes. Je devais rendre le monde meilleur... Ce sont des choses que je ne peux pas expliquer, mais ce sont des choses véridiques. Il s'est passé des choses extraordinaires. J'espère que, maintenant, cela ira mieux dans le monde. »

Un autre malade, M. C..., nous dit un jour, au cours d'une rémission, en parlant de son accès catatonique : « Je faisais cela pour aller au ciel, j'avais affaire au Bon Dieu. »

Parfois, cette sorte d'exaltation, d'exacerbation psychique générale, au lieu de prendre une teinte mystique et idéalisée, prend un caractère nettement hostile. Un de nos malades, M. Th..., nous racontait qu'au cours de toute la période catatonique, il se sentait poussé malgré lui à l'opposition, et que, notamment, les personnes qu'il aimait le plus, comme sa femme, lui devenaient à ce moment vivement antipathiques. Cette hostilité incoercible est d'ailleurs fréquente dans certaines formes de démence précoce, et fait partie, chez certains malades, de cette période d'éréthisme général si intense au début de la maladie et sur laquelle nous avons insisté.

On voit donc que, bien souvent, derrière le masque en apparence impassible des catatoniques, existent d'intenses perturbations des sentiments, perturbations qui peuvent consister tantôt dans une sorte d'engourdissement, tantôt, au contraire, dans une exacerbation extrême. Ces faits sont à rapprocher des troubles des sentiments sur lesquels X. et P. Abély ont attiré l'attention dans la démence précoce (1).

(1) Nous n'insisterons pas sur l'hyperesthésie affective soulignée chez les schizophrènes par Bleuler, Minkowski, Claude, Borel, Robin, etc...

Les réactions émotives. — A côté des perturbations des sentiments, il faut faire une place, dans la catatonie, aux *réactions émotives*, qui peuvent entrer en jeu dans le déclenchement de certaines crises psycho-motrices, et dans certains cas de pathéticismus. Nous avons, avec Mlle Jankowka, étudié en pareil cas ces réactions au point de vue psychologique et physiologique. Nous avons rapporté notamment, dans ce travail, l'observation d'un jeune homme qui, au cours d'un voyage en chemin de fer, se livra brusquement, au moment du passage du train sous un tunnel, à une véritable crise d'agitation et de gesticulation telles qu'on dut faire arrêter le train et le descendre. Nous faisons allusion aussi à une crise de pathéticismus impressionnante, avec attitude théâtrale et dramatique, liée simplement à une douleur dentaire. Nous avons observé également, chez une malade catatonique, des crises dans lesquelles la malade se pâmail et se livrait à des gesticulations en invoquant à haute voix un jeune médecin qui l'avait soignée. Dans tous ces cas, les réactions émotives sont déréglées, et à certains moments, violentes, excessives, disproportionnées, et comme incoercibles.

B. Etat mental durant le stade hétéphréno-catatonique et hétéphrénique

Nous venons d'étudier l'état mental durant la catatonie de Kahlbaum. Nous avons rappelé plus haut qu'à notre avis, la catatonie de Kahlbaum et l'hétéphréno-catatonie ne constituaient pas deux maladies différentes, mais seulement deux stades de réaction pathologique plus ou moins profondes du système nerveux.

Nous venons de voir, durant la catatonie de Kahlbaum, l'importance, d'une part, des sensations d'*engourdissement* et de prise extérieure de la volonté, d'autre part, des *phénomènes hallucinatoires et délirants*.

Dans le stade hétéphréno-catatonique et hétéphrénique, les sensations d'engourdissement, le sentiment d'influence est beaucoup moins marqué, et tend à disparaître et à être remplacé par des états d'*absence*. D'autre part, les phénomènes hallucinatoires et délirants font place à des *phénomènes d'automatisme*, de libération du cours de la pensée.

L'absence et la semi-absence. — Ces faits étant plus connus, nous y insisterons moins, et donneront seulement quelques exemples.

En ce qui concerne l'état d'absence ou de semi-absence dans ses rapports avec la conservation des attitudes, la déclaration suivante du malade M... est très intéressante. Il s'agit d'un hébéphrénique banal, avec indifférence affective, apathie, incohérence. Il n'existe chez lui ni raideur, ni négativisme, ni attitude en flexion, etc..., mais seulement une conservation presque indéfinie des attitudes.

D. — Pourquoi gardez-vous le bras en l'air, lui demandons-nous ?

R. — Quand vous me mettez le bras en l'air je sens une inertie dans mon bras que je peux conserver immobile dans une immobilité absolue.

D. — Pourquoi ?

R. — Dès que je suis en contact avec... (*rire*), avec..., avec un autre épiderme, un autre humain...

D. — Que se passe-t-il ?

R. — Il m'influence, le sang circule mieux dans mes veines.

D. — Quand vous gardez le bras en l'air, est-ce parce que vous voulez le garder ? ou bien, est-ce sans vous en apercevoir ?

R. — *Je le garde sans m'en apercevoir.* Vous me le mettez comme ceci, à ce moment-là je n'y pense plus, puisque je vous cause, et je le garde en l'air.

D. — En somme, avez-vous la volonté de garder le bras en l'air ?

R. — Non, du tout, je n'en ai pas la volonté.

Ainsi donc, ici, il ne s'agit plus d'une action exécutée par l'appareil volontaire, commandée, ou imposée, mais d'une sorte d'oubli du membre en l'air, d'absence, ou de semi-absence. Nous nous trouvons ici en présence d'un trouble plus profond, d'un type d'activité nerveuse plus dégradée, c'est-à-dire devant une activité purement automatique.

Cette activité automatique apparaît encore plus nettement dans les mouvements stéréotypés et rythmés de l'hébéphrénie. En pareil cas, il s'agit souvent de déroulement incoercible d'idées accompagnées des gestes correspondants. Nous avons vu, ainsi, chez un dément précoce, des gestes rythmés en rapport avec le déroulement incoercible d'airs musicaux. Nous avons rapporté, avec Pauker, l'observation d'un hébéphrénique se livrant à des gestes de déploiement des muscles, en rapport avec le déroulement d'idées de force et de sports, idées qui ont été projetées au dehors par le somnifène. Dans le travail que nous avons publié avec Morel, on trouvera une étude psychologique et physiologique de ces déroulements verbaux rythmés en rapport avec les gestes stéréotypés.

D'ailleurs, à un stade, plus profond encore, il semble probable qu'il puisse exister des gestes purement automatiques sans contenu idéique correspondant, tout au moins sans contenu idéique conscient. L'un de nos malades de Charenton s'était mis ainsi soudain dans la rue, au cours d'une rechute, à caresser un cheval qui passait. Le même malade, à son entrée dans le service, découvrait, à plusieurs reprises et brusquement, ses organes génitaux. Sans doute, on pourrait probablement retrouver des explications psychanalytiques de tels gestes. Peut-être ce geste avait-il seulement comme point de départ une sensation physique gênante. Ce malade avait présenté, en effet, une grave orchite ourlienne qui lui avait laissé une sensation de gêne et de douleur dans le testicule affecté. Mais ces explications, si intéressantes soient-elles, ne peuvent expliquer que le contenu du geste automatique et non sa cause. Celle-ci réside principalement dans la survenue d'un état d'absence. Le malade n'avait gardé d'ailleurs aucun souvenir des deux gestes que nous venons de rapporter. Par là, l'absence schizophrénique, lorsqu'elle est très profonde, se rapproche de l'absence épileptique, aboutissant, comme cette dernière, à l'automatisme moteur presque complet.



Si nous voulons maintenant résumer les éléments principaux que nous retrouvons chez les malades au cours de l'accès catatonique, nous pouvons relever les phénomènes suivants :

1° La conservation habituelle de la mémoire de fixation, malgré l'impossibilité de toute pensée dirigée.

2° L'impression de la suspension de la volonté et de toute possibilité d'initiative spontanée.

3° L'impression d'une activité volontaire non plus libre, mais commandée d'une façon incoercible. *C'est pourquoi le malade déclare qu'il réalise sa catatonie, mais il la réalise, par ordre, et, pour ainsi dire, malgré lui.* Parfois, la mise en train de l'activité volontaire est tellement incoercible qu'elle apparaît presque automatique ; d'autres fois, elle paraît déclanchée par des hallucinations impératives, des idées délirantes vagues, peu compréhensibles, sans aucun lien entre elles (idées mélancoliques ou de mortification) et surnageant sur un fond mental formé d'un mélange d'engourdissement et de demi-rêve, contrastant avec la conservation d'une certaine lucidité et de l'orientation.

4° L'existence concomitante de perturbations affectives et émotives, avec tantôt diminution de l'affectivité, tantôt exaltation extrême et désordonnée de l'affectivité et de l'émotivité.

Tels sont les traits principaux de l'état mental au cours des poussées de catatonie de Kahlbaum.

Plus tard — si la maladie s'aggrave et évolue vers l'hébéphrénie — on retrouve surtout :

1° L'absence ou la semi-absence qui fait suite à la sensation d'engourdissement et au sentiment d'influence du début.

2° Le déroulement automatique incoercible psychique et psycho-moteur.

En résumé, les *impressions intérieures* relatées par le malade ne sont, en somme, que la prise de conscience de la marche de la maladie : au début, sensation que la volonté est prise, saisie, inhibée, menacée ; plus tard, disparition effective de toute possibilité d'action volontaire, et seule, persistance des activités inférieures et de l'automatisme. La première phase correspond à la catatonie de Kahlbaum, la seconde à l'hébéphrénie. Ces deux phases peuvent être séparées, ou se succéder, constituant l'hébéphréno-catatonie.

DEUXIÈME PARTIE

NATURE ET PATHOGÉNIE DES TROUBLES MENTAUX QUI ACCOMPAGNENT L'ACCÈS CATATONIQUE

Nous venons d'analyser les diverses perturbations mentales qui existent au cours de la catatonie. Envisageons maintenant le mécanisme et les causes de ces perturbations.

Nous venons de voir que la plupart des malades s'accordent à déclarer qu'ils réalisent eux-mêmes la raideur et les divers troubles qu'ils présentent. Pour des observateurs superficiels, une telle déclaration pourrait être envisagée comme la preuve que la catatonie est purement d'origine psychique, qu'elle est plus ou moins volontaire et qu'elle constitue, pour employer un terme à la mode, une affection psychogénique.

Une telle interprétation constitue, à notre avis, *une grave erreur*. Malgré le riche contenu psychologique qui accompagne l'accès catatonique, *tout concorde à montrer que tous les symp-*

tômes de la catatonie, aussi bien les symptômes psychologiques que les symptômes moteurs, sont d'origine organique.

En effet, si le malade se contracte lui-même comme il le dit, il se contracte malgré lui, poussé par une force incoercible ou bien par des hallucinations impératives. Le trouble morbide, bien que mettant en œuvre tout l'appareil de la motilité volontaire, est donc subi par le malade, et non voulu. Tout se passe comme si le malade n'avait plus la libre disposition de sa volonté, et comme si celle-ci était mise en train malgré lui.

Comment expliquer ces phénomènes ? Les notions récentes sur les fonctions cérébrales psycho-motrices permettent de les comprendre.

a) *L'atteinte des fonctions cérébrales psychomotrices.* — Dans une série de recherches, que nous avons poursuivies depuis plusieurs années avec le P^r Claude, nous avons étudié des fonctions spéciales, désignées sous le nom de « fonctions psychomotrices ». Ces fonctions concernent, non plus l'exécution de la motilité volontaire, mais la mise en train du mouvement, autrement dit l'initiative.

Cette initiative motrice constitue une fonction essentiellement cérébrale. C'est ainsi qu'elle peut être électivement suspendue chez l'homme au cours de certaines actions toxiques, comme nous en avons, avec le P^r Claude et Porak, rapporté des exemples quasi-expérimentaux.

Ces mêmes fonctions d'initiative motrice peuvent être électivement suspendues dans l'expérimentation animale, comme l'ont montré les travaux de de Jong et Baruk sur la catatonie expérimentale. A ce point de vue, l'étude objective de ces fonctions psycho-motrices est tout à fait superposable chez l'homme et chez l'animal.

Mais si l'étude extérieure des phénomènes psychomoteurs permet un rapprochement entre la clinique humaine et l'expérimentation animale, il existe cependant une différence, c'est que l'homme peut nous renseigner, dans une certaine mesure, sur ce qu'il éprouve au cours de ces phénomènes pathologiques ; en un mot, ceux-ci ont leur correspondant dans le psychisme, dans la conscience.

Or, que nous disent les sujets catatoniques ? Ils se sentent incapables de se mettre en mouvement d'eux-mêmes, ils sont comme s'ils étaient dépossédés de leur initiative, ils se sentent comme des automates, ils ont l'impression qu'ils n'ont plus leur volonté, qu'ils sont condamnés, qu'ils ont perdu leur liberté, etc.

Toutes ces *déclarations ne sont que la prise de conscience de l'atteinte des fonctions psychomotrices.*

Lorsque ces fonctions sont suspendues, le sujet a fatalement l'impression qu'il *ne peut plus vouloir*, qu'il est privé de sa liberté, de son initiative et qu'il est dominé par des forces incoercibles et automatiques. *Ces forces mystérieuses dont parle le malade ne sont, en somme, que la traduction de l'atteinte des fonctions cérébrales psychomotrices.*

b) *Les troubles de la synthèse, onirisme franc et onirisme dégradé, hallucinatoire et délirant.* — Mais ces fonctions psychomotrices de mise en train et d'initiative sont essentiellement, comme nous y avons insisté avec le P^r Claude et Porak, des fonctions de synthèse. C'est pourquoi, en clinique humaine, les atteintes des fonctions psychomotrices sont indissolublement liées à des troubles *de toute la synthèse psychique*. Ce sont ces troubles que l'analyse clinique que nous venons de faire précédemment nous a montrés.

Nous avons vu, en effet, qu'il existe, au cours de l'accès catatonique, des troubles importants de la synthèse mentale : le psychisme a perdu son unité, des idées isolées apparaissent dans l'esprit du malade, idées impératives, souvent intermédiaires entre l'idée obsédante et l'hallucination psychique. Parfois, d'ailleurs, il s'agit d'hallucinations franches. C'est ainsi que naissent ces délires bizarres, dans lesquels le malade est plus ou moins dissocié, et dans lesquels surnagent, sur un fond de demi-rêve et d'engourdissement, des idées délirantes que le malade subit sans les comprendre.

Nous avons employé plusieurs fois le terme de « *demi-rêve* ». C'est, qu'en effet, il existe le plus souvent, chez le catatonique, un mélange de rêve et de perception de la réalité. *Ces malades ne sont pas tout à fait de vrais confus* : ils sont, en général, orientés, se rendent compte, par exemple, qu'ils sont à l'hôpital, paraissent présents. *Mais malgré cela, ils sont plongés dans un rêve*. Il s'agit là d'un onirisme sans confusion mentale, analogue aux faits étudiés par René Charpentier.

Si cet onirisme catatonique n'attire, en général, pas l'attention, c'est justement *parce que c'est un onirisme incomplet, plus ou moins dégradé, prenant parfois une apparence plus délirante qu'onirique*. Mais on peut parfaitement saisir, quand on étudie de plus près les malades, la filiation de l'onirisme et du délire et la transformation de l'onirisme franc en délires avec dissociation psychique.

D'ailleurs, au cours de certains accès catatoniques, il peut

exister un onirisme d'une netteté absolue. Il en était ainsi chez une malade observée par l'un de nous avec Dévaux. Cette malade était atteinte d'une catatonie grave, consécutive à une pyélonéphrite colibacillaire ancienne et à une poussée de septicémie à colibacilles. Le négativisme était intense, et le mutisme total, à l'exception d'un seul mot prononcé par la malade, le mot « baudruche ». Elle guérit à la suite de la sérothérapie, et put donner des détails sur ce qu'elle éprouvait pendant la catatonie. Elle comparait son état, à ce moment, à un cauchemar. Elle se croyait transportée en avion en Russie, prenait sa chambre pour une cabine d'avion, croyait que son mari, ses proches, avaient été tués par suite d'une indiscretion qu'elle avait faite. Elle les voyait, mais ils n'étaient plus vivants. Ce n'était que des « baudruches » (d'où l'explication de ce seul mot prononcé au cours de l'accès). Elle-même devait mourir pour expier sa faute. Elle devait se tenir immobile pour éviter le moindre geste compromettant.

Ultérieurement, au cours du traitement, l'état mental se modifia peu à peu : à un moment donné, la malade eut l'impression qu'il devait s'agir d'un rêve ; pendant quelque temps, elle fut partagée entre le rêve et la réalité, enfin le rêve finit par disparaître complètement et elle fut guérie.

En résumé, prise de conscience de l'atteinte des fonctions psychomotrices, et en même temps, onirisme franc ou plus ou moins dégradé, tels sont les deux éléments fondamentaux de l'état mental dans la catatonie de Kahlbaum. On voit donc que l'étude psychologique que nous venons de faire est parfaitement d'accord avec les données objectives et physiologiques que nous possédons de la catatonie. *Les déclarations des malades apparaissent ainsi parfaitement justifiées et traduisent simplement les impressions ressenties sous l'influence de l'atteinte organique de la maladie* : le malade a conscience que ses fonctions psychomotrices, sa volonté, sont menacées, attaquées. Cette attaque, il ne sait pas exactement d'où elle vient, mais il *réagit comme il peut contre cette étreinte morbide*. On peut voir, à ce point de vue, dans certaines formes de négativisme, une véritable *réaction de défense contre l'attaque pathologique*. Cette réaction de défense est parfois l'objet d'explications de la part des malades, comme dans le cas de la malade à laquelle nous faisons allusion, qui déclarait qu'elle avait l'impression de lutter de toutes ses forces contre le mal qui cherchait à l'enlahir, mais en fait, il s'agit d'une réaction de défense d'ordre essentiellement biologique.

C'est également, comme des réactions de défense du même ordre, que l'on peut considérer, à notre avis, certaines exaspérations affectives que nous avons étudiées plus haut. Le malade se sent dans un état de malaise, se sent menacé sans trop savoir d'où vient cette menace, il se cabre, s'exaspère, se raidit. Suivant le fond mental antérieur, cette exaltation et cette exaspération peuvent s'orienter dans les voies de l'idéalisme passionné ou dans celles de l'hostilité systématique. Mais, le fond du phénomène reste la réaction de défense affective liée à la prise de conscience d'une menace extérieure (1).

Cette menace est constituée par l'atteinte organique cérébrale, seule cause de toute la maladie, atteinte qui paraît de plus en plus d'ordre toxique ou toxi-infectieux. Nous avons rappelé plus haut les recherches expérimentales que nous avons faites concernant l'atteinte des fonctions psychomotrices par les toxiques. Quant à l'onirisme, chacun sait le rôle capital des intoxications dans sa production. On peut donc dire que l'étiologie toxique explique, non seulement l'aspect extérieur de la catatonie, mais encore toutes les modifications psychologiques qui accompagnent l'accès catatonique.

c) *Modifications de l'onirisme toxique sous l'influence de certaines actions psychothérapeutiques.* — Enfin, l'étiologie toxique et le rôle de l'onirisme peuvent seuls expliquer l'influence curieuse de certaines actions psychothérapeutiques dans certains cas de catatonie. Le malade en état d'onirisme toxique devient particulièrement suggestible aux influences extérieures ; en outre son émotivité est souvent très augmentée. Dans ces conditions une parole lancée à propos peut parfois faire cesser brusquement l'onirisme lorsqu'il n'est pas trop cristallisé, ou bien au contraire une parole mal adaptée peut le renforcer, et le cristalliser davantage. Ces faits n'étant, semble-t-il, pas bien connus, nous en donnerons quelques exemples personnels.

Voici par exemple le malade G... Après un état dépressif, il entre dans un mutisme total et finalement dans un accès catatonique qui nécessite son internement. Cet état se maintenait sans la moindre modification. Un jour, son père, qui habitait en province, vient le voir. Le malade sort brusquement de son mutisme,

(1) Cette réaction de défense affective est donc la conséquence, et non la cause de la maladie, comme le croient encore beaucoup d'auteurs. Elle est à rapprocher des réactions de défense affective du même ordre, qui peuvent s'observer dans l'épilepsie et sur lesquelles nous avons insisté. Cf. H. BARUK : Épilepsie et troubles de la pensée intérieure. *Ann. Médico-psychol.*, janv. 1933.

et guérit ensuite rapidement. Il nous a raconté ensuite que durant son accès, il se trouvait sous l'influence de l'idée que son père était mort, et que cette idée l'empêchait de parler et de remuer.

Un autre malade de Charenton, M. F..., était plongé depuis plusieurs mois dans un grave accès catatonique (2^e accès). Le mutisme était total. Lorsqu'on passait la visite, on le voyait parfois arriver du fond de la cour, puis s'arrêter net, pétrifié, comme embarrassé, inhibé. Mais bientôt, on put, d'après quelques petits indices, deviner qu'il existait derrière ce mur en apparence infranchissable, un état mental beaucoup plus complexe qu'on ne pouvait le soupçonner. C'est ainsi qu'un de ses vieux camarades vint le voir. Il conserva durant toute la visite un mutisme absolu, et une apparence d'indifférence totale. Mais le soir même, il écrivit la lettre suivante : « Mon cher P..., j'aime à croire que tu ne me tiens pas rigueur de mon attitude réservée lors de ta visite. Ignorest-tu que je ne demande qu'à profiter d'une conversation suivie avec toi pour peu que l'on m'y engage. Puis j'ai tant besoin d'un peu d'air extérieur ! Certaines divergences ont-elles jamais nui à nos bons rapports, puisque tu avais même envisagé entre nous une collaboration possible dans l'avenir, qui, souhaitons-le, tant pour vous que même pour nous, nous appartient encore ! Bref, je te remercie de l'effort que tu m'a accordé et te prie de partager avec les tiens notre plus cordial souvenir. »

Quelque temps après, alors qu'il était toujours dans le mutisme et la catatonie, une personne de son entourage lui envoie un jeu d'échecs. Il écrit alors la lettre suivante : « A cette heure précise, ma pensée se porte plus spécialement vers ma mère et vous-même. Vous n'ignorez pas la ressource que me vaut le petit échiquier à l'achat duquel vous avez bien voulu contribuer. Comment faire pour vous en remercier autrement que par mes vœux constants de rétablissement et l'expression émue de mon souvenir fidèle ! »

Instruit par ces lettres émouvantes, nous sommes allés trouver un jour ce malade, au fond de la cour où il semblait se blottir et se cacher. Nous lui avons alors causé longuement avec affection, et en l'assurant que nous participions très vivement à ses souffrances, et qu'il trouverait auprès de nous l'accueil le plus sensible, et le plus dévoué. On put noter alors sur son visage l'apparence d'une vive émotion, mais le mutisme n'était pas encore rompu. Le soir même, il nous écrivit la lettre suivante : « Monsieur le Médecin-Chef, Je m'empresse de profi-

ter de votre suggestion, lors de votre passage hier soir au réfectoire, à l'heure du dîner, où, me voyant en proie au chagrin et à diverses hésitations, vous avez eu la bienveillance de me tendre la main, de me dire d'agir, en toute circonstance, comme je l'entendais, puis me proposer de me recevoir à nouveau pour peu que je vous en fasse la demande écrite.

« Comptant sur votre charité et vos lumières, l'objet de ces lignes est donc de vous prier, à cœur ouvert, de m'accorder cette faveur, moins hâtivement qu'auparavant, puis de vous exprimer mon humble, docile et très respectueuse gratitude. »

Le lendemain matin, nous eûmes avec lui une longue entrevue : le mutisme, l'immobilité, tout disparaissait. Le malade parlait brusquement, à cœur ouvert, épanchait tous ses souvenirs et toutes ses souffrances. Comme nous lui demandions les motifs de son immobilité, il répondit « qu'il croyait qu'on ne lui avait pas donné la permission de causer, et qu'il pensait qu'en ne parlant pas, c'était un sacrifice qu'il faisait, et que c'était le moyen d'obtenir sa liberté ». A partir de ce moment, l'amélioration s'accrut progressivement, et, quelques mois après, le malade pouvait sortir de notre service en pleine rémission (1).

On voit l'extrême importance des faits de ce genre au point de vue de la conduite thérapeutique du médecin. Les déclarations de la malade, dont nous avons publié l'observation avec Devaux (Soc. Méd. psychol., nov. 1933), et qui était atteinte de catatonie colibacillaire, sont généralement extrêmement précieuses à ce sujet. Durant tout cet accès d'onirisme, les moindres incidents extérieurs donnaient, en quelque sorte, des aliments à l'onirisme. Par exemple, on allumait la lampe : « Je me disais alors, nous a raconté la malade, on ne tue pas puisque les feux sont allumés. On me fit ensuite une piqûre de pantopon, je me suis dit : « Alors, c'est remis à demain. » On lui met ensuite une robe de chambre, elle se dit alors que c'était pour la conduire à la prison, etc...

En outre, les réflexions faites autour d'elle retentissaient énormément sur son état mental, et les détails suivants, qu'elle

(1) Beaucoup d'auteurs, en présence d'un fait de ce genre, se trouveraient satisfaits en disant qu'en pareil cas la catatonie était simplement due à l'hyperémotivité. Mais cette explication n'explique rien. Il reste à savoir *quelle est la cause* de cette hyperémotivité et de ce délire bizarre. La naissance de telles idées, si peu logiques, et relativement absurdes, ne peuvent pas s'expliquer seulement par un trouble primitif de l'émotivité. Elle suppose un trouble plus profond, comme l'onirisme.

nous a donnés ultérieurement, sont des indications précieuses à retenir : une personne de son entourage qui la soignait, dit-elle, faisait des réflexions ironiques, ayant l'air de prendre un peu « sa maladie à la blague ». On ne se doutait pas, dit-elle, que je comprenais tout. Ces réflexions augmentaient beaucoup ses idées d'expiation, et aggravaient ses troubles. « On ne devrait jamais dire des choses de cet ordre devant les malades, ajoute-t-elle, *on ne sait pas les souffrances que cela représente*. Elle insiste également sur le rôle fâcheux de toute surprise. Une visite inattendue augmente beaucoup l'angoisse. « On ne devrait jamais agir par surprise », dit-elle. Une de ses infirmières, pensant certainement bien faire, essayait de la stimuler, par des paroles incisives, lui disant qu'il fallait manifester plus d'énergie, ne pas faire la paresseuse, etc... De telles paroles la faisaient énormément souffrir et augmentaient ses idées d'indignité.

Par contre, certaines paroles bien adaptées lui faisaient le plus grand bien. Par exemple, elle se trouvait sans cesse sous l'influence de l'idée qu'elle était morte et qu'elle devait aller en prison. Une infirmière lui fit ce simple raisonnement : « Si vous êtes morte, ce n'est pas vous qui irez en prison, vous ne pouvez pas être responsable. » Cette réflexion logique lui fit, dit-elle, énormément de bien, et éloigna un peu l'idée de la mort et de la prison.

On voit donc que l'onirisme catatonique peut être, dans une certaine mesure, favorablement ou défavorablement influencé par le milieu extérieur et les réflexions adroites ou maladroites que l'on peut faire devant les malades. Il ne faudrait pas croire cependant que cette suggestibilité peut atteindre un degré aussi considérable que dans le pithiatisme. Certes, on peut voir parfois l'accès catatonique disparaître brusquement, comme dans le cas que nous avons cité de ce malade qui guérit à la visite de son père, comme dans celui de ce jeune homme hospitalisé au cours de sa première crise à l'hôpital Trousseau, qui guérit subitement lors de la visite de l'Hôpital par le Président de la République (1), etc... Mais de tels faits, d'ailleurs relativement rares, ne sont nullement superposables au vrai pithiatisme tel qu'il a été défini par Babinski : on ne peut pas, en effet, guérir vraiment un accès catatonique par suggestion. Si l'accès guérit

(1) Ce détail nous a été raconté par le P^r Netter, qui avait soigné ce malade à ce moment-là, dans son service de Trousseau. Nous avons observé le malade, au cours d'une seconde crise de catatonie à Ste-Anne. Cette crise guérit subitement après une ponction lombaire.

brusquement, c'est souvent d'une façon imprévue, souvent par hasard, ou à l'occasion d'un petit accident fortuit. *On n'est jamais maître d'un accès catatonique comme on est maître d'un accident pithiatique vrai.*

J'ai d'ailleurs, dans la thèse de Sidawy, longuement insisté sur les caractères différentiels entre la crise catatonique et la crise de catalepsie hystérique, caractères différentiels trop souvent oubliés, et qui sont l'origine d'erreurs de thérapeutique trop souvent regrettables.

Cette suggestibilité des catatoniques ne doit pas, d'autre part, évoquer des interprétations psychogéniques, comme on a toujours trop tendance à le faire actuellement. *La suggestibilité du type catatonique fait partie intégrante de la psychologie des intoxications* (1). D'ailleurs, dans le cas que nous avons rapporté avec Devaux, la cause toxi-infectieuse était évidente, puisque la catatonie apparaissait à la suite d'une septicémie colibacillaire. *C'est bien l'intoxication cérébrale qui modifiait transitoirement la psychologie et réalisait un état onirique qui rendait la malade plus accessible à certaines influences extérieures.*

CONCLUSIONS

Les données cliniques que nous venons d'exposer, jointes aux explorations physiologiques et expérimentales que nous poursuivons depuis près de huit ans, nous permettent donc maintenant d'arriver, dans une certaine mesure, à faire la synthèse de la catatonie.

Rappelons, à ce sujet, que, depuis Kahlbaum, les auteurs qui ont étudié la catatonie, se sont divisés en deux camps : les uns, n'insistant que sur les troubles psychologiques, rattachaient la catatonie à d'autres syndromes psychopathiques, comme les délires hallucinatoires, la paranoïa, et ensuite comme la démence précoce et la schizophrénie.

(1) Rappelons à ce sujet le fait suivant observé après une très longue anesthésie à l'éther : la malade complètement réveillée présentait des troubles cénesthésiques. Elle se plaignait qu'elle se sentait morte, qu'elle était dans un autre monde, qu'elle ne vivait plus, etc... ; elle accusait des idées de transformation corporelle. Ces troubles persistaient, lorsqu'on vit arriver un ami de la famille qui avait promis de venir après l'intervention. La malade, à sa vue, s'écria soudain : « Tiens, voilà M. G..., c'est donc que je suis en vie. » Et elle se trouva débarrassée de tous ses troubles. Ce cas, au cours d'une intoxication évidente, n'est-il pas superposable au malade qui guérit de sa catatonie en voyant arriver son père ?

Les autres, ne considérant que le trouble moteur, rattachaient la catatonie à des syndromes neurologiques comme le parkinsonisme.

L'étude systématique physiologique que nous avons entreprise de la catatonie depuis 1926 avec le Professeur Henri Claude a permis de montrer, sur des bases objectives, que ces deux conceptions exclusives ne pouvaient être vérifiées.

Cette étude physiologique et expérimentale de la catatonie a permis de démontrer, au contraire, que la catatonie constituait un *syndrome psychomoteur*, dans lequel les troubles psychiques et les troubles moteurs sont indissolublement liés. Elle montrait, d'autre part, que tous ces troubles psychomoteurs *étaient d'origine organique et toxique*.

L'exploration de l'état mental des malades que nous venons d'explorer, confirme lui-même entièrement ces données. Les déclarations des malades, leurs idées fixes post-oniriques, les phénomènes de demi-rêvé qu'ils expriment, concordent parfaitement avec l'origine toxique cérébrale de la maladie, origine démontrée physiologiquement et expérimentalement.

Ainsi — *vue du dehors comme vue du dedans* — étudiée par les voies physiologiques ou par les voies psychologiques, la pathogénie de la catatonie, jusqu'alors si contradictoire et en apparence si incompréhensible, peut être expliquée maintenant d'une façon synthétique par la conception d'une *intoxication cérébrale susceptible de perturber à la fois l'état psychologique et la motricité*.

Seule, cette conception permet d'expliquer, de façon satisfaisante, les aspects paradoxaux que présentent les catatoniques : l'apparence volontaire des troubles, et cependant, leur origine organique. Ces faits nous permettent aussi de comprendre les *faux aspects de simulation*, réalisés par les catatoniques, *aspects non seulement extérieurs, mais confirmés par les déclarations des malades qui s'accusent presque toujours de réaliser eux-mêmes leurs troubles*. L'histoire d'un malade, dont l'observation a été publiée récemment par le Professeur Henri Claude et L. Corman, est extrêmement caractéristique à ce sujet : ce malade sortit de son état catatonique après l'administration de scopochloralose et d'éther. Il déclarait ensuite « qu'il avait fait le sourd » et qu'il s'immobilisait « volontairement ». Mais, ajoutait-il, *tout cela lui était imposé et il devait rester immobile comme le soldat qui doit exécuter coûte que coûte sa consigne*. Ajoutons que ce malade présentait des perturbations énormes des réactions vestibulaires, de la chronaxie vestibulaire, et une abolition totale du réflexe psychogalvanique.

Un tel malade, si curieux, mérite d'être rapproché des nombreux cas de catatonie que nous venons d'exposer, où l'on retrouve, même lorsqu'il existe une étiologie organique évidente, la même apparence volontaire et les mêmes déclarations concernant une immobilité imposée.

Or, nous venons de voir qu'une telle immobilité imposée et même les réactions délirantes du malade peuvent être la conséquence directe d'une *intoxication cérébrale*, insuffisante pour donner lieu à un état confusionnel franc, mais suffisante pour déterminer un état de demi-rêve, avec libération d'idées fixes et troubles psychomoteurs.

Les résultats psycho-physiologiques que nous venons d'exposer, nous ouvrent d'ailleurs des aperçus, non seulement sur la catatonie, mais encore sur les mécanismes fondamentaux des psychoses et sur le mode d'action des perturbations cérébrales qui les détermine.

ACTION DE LA VAGOTONINE SUR LE SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF DES DÉMENTS PRÉCOCES

PAR

M. DESRUELLES, P. LÉCULIER et M.-P. GARDIEN

Les études classiques consacrées à la démence précoce décrivent, parmi les signes physiques habituels de cette affection, des troubles qui relèvent d'un dérèglement du système neuro-végétatif.

Masselon, en 1904, cite d'après *Kræpelin* : troubles vaso-moteurs, cyanose, œdème, hyperidrose, sialorrhée, modifications du rythme cardiaque, ainsi que différents troubles endocriniens : troubles de la menstruation, augmentation de volume du corps thyroïde, exophtalmie.

Mlle Pascal, en 1911, insiste sur l'existence de troubles circulatoires : abaissement de la pression artérielle, alternative de tachycardie et de bradycardie, troubles vaso-moteurs habituels et caractérisés par des œdèmes, de la cyanose, du refroidissement des extrémités. Cet auteur signale également des troubles sécrétoires : hyperidrose au début de l'affection, constipation suivie de débâcles diarrhéiques.

En 1916, *M. Truelle* et *Mlle Boudierlique* (1) ayant étudié le réflexe oculo-cardiaque chez les déments précoces, le trouvent

(1) M. TRUELLE et Mlle BOUDIERLIQUE. — Le réflexe oculo-cardiaque dans la démence précoce des jeunes gens. *Soc. Méd. Psych.*, séance du 17 avril 1916.

presque toujours inversé. Ils signalent, en outre, l'hypertension fréquente, portant à la fois sur la maxima et la minima, et disent n'avoir pas constaté d'autres signes probants d'hyperexcitabilité du sympathique. On trouve, dans cet article, une bibliographie complète des travaux antérieurs sur la question.

Plus récemment, le *Pr Santenoise* a étudié systématiquement l'état et les réactions de l'appareil neuro-végétatif, au cours des psychoses (1). Dans la démence précoce, le caractère essentiel des réactions vago-sympathiques est l'hypoexcitabilité irréductible : les réflexes oculocardiaque et solaire sont nuls ou très peu marqués, non modifiés par les agents pharmacodynamiques, même employés à haute dose ; ce caractère, spécial à la démence précoce, apparaît plus ou moins tardivement dans l'évolution de la psychose, suivant sa forme clinique : il existe d'emblée dans la forme simple de Morel ; par contre, il apparaît, après des poussées de déséquilibre vagal, à la fin de l'évolution, dans la forme catatonique cyclique ; dans la confusion chronique de Régis, il apparaît tardivement, faisant suite à une hypoexcitabilité vagale, d'abord réductible par les agents pharmacodynamiques. Enfin, dans certaines psychoses, telles que les états périodiques et les bouffées délirantes à répétition qui évoluent vers l'affaiblissement intellectuel, et dans certains cas de séquelles d'encéphalite léthargique ayant évolué vers la démence précoce, l'hypoexcitabilité vagale irréductible est apparue, précédant, semble-t-il, l'évolution vers la démence.

L'auteur sépare de ces formes d'autres catégories : on constate, dans les états paranoïdes, schizophréniques, une simple hypoexcitabilité vago-sympathique ; dans les états schizoïdes avec « autisme riche », on note de l'hyperexcitabilité vagale.

Au cours d'une étude récente de l'action de la vagotonine sur la tension artérielle chez les aliénés (2), il nous a semblé que les déments précoces n'étaient pas tous insensibles à cette hormone. Nous avons obtenu les résultats résumés dans le tableau I.

Nous avons trouvé, parmi ces malades, *un grand nombre d'hypotendus* : 29 sur 43. On constate que, dans 26 cas, la réaction est nulle et dans 8 cas, très légère, ce qui est normal, puisqu'il s'agit de tensions basses ou moyennes qui ne sont, en général, pas modifiées par la vagotonine.

(1) D. SANTENOISE. — Système organo-végétatif et psychoses fonctionnelles ; in *Encéphale*, 1927, p. 554.

(2) *Soc. Méd. Psych.*, séance du 23 octobre 1933.

TABLEAU I

TENSIONS	RÉACTIONS A LA VAGOTONINE		
	Nulle	Abaissement	Elévation
Basses : 29.....	20	léger : 3	6
Normales : 11.....	6	léger : 5	
Elevées : 3.....		notable : 3	

Mais, dans trois cas d'hypertension, on obtient un abaissement notable, et, chez six hypotendus, une élévation de la pression artérielle ; ces faits nous ont portés à croire que la vagotonine avait peut-être une action sur le système organo-végétatif des éléments précoces, et c'est pourquoi nous avons étudié, chez une série de malades de cette catégorie, les réflexes solaire et oculo-cardiaque, avant et après injection de vagotonine.

Nos 29 sujets ont été choisis à une phase de l'évolution de leur maladie, suffisamment tardive pour que le diagnostic soit indiscutable. Nous avons pris, en outre, quatre cas pour lesquels le diagnostic de démence précoce, quoique probable, n'a pu être affirmé jusqu'à maintenant.

Nos éléments précoces se présentent cliniquement comme les hébéphréniques décrits par Dide et Guiraud, à la période d'état ; la voie d'entrée n'a pas toujours été la même, mais nous n'en avons pas tenu compte, nos malades étant actuellement comparables cliniquement.

Notre technique s'est inspirée des conseils donnés par le professeur Claude et ses collaborateurs ; les malades ont été mis pendant 5 jours au moins, avant l'épreuve, au régime lacto-végétarien ; ils ont pris, chaque jour, une dose légère de sulfate de soude et de sulfate de magnésie (2 gr. de chaque) afin d'éliminer, autant que possible, les facteurs d'intoxication d'origine gastro-intestinale, et partant, certaines causes de blocage du système neuro-végétatif.

L'épreuve a été faite à jeun. Les réflexes solaire et oculo-cardiaque ont été enregistrés au polygraphe, avant, puis 1 h. 1/2 et

3 h. après injection de 20 mmg. de vagotonine ; ces intervalles n'ont pas été choisis arbitrairement ; l'excitation du vague commence, en général, relativement tôt après l'injection, en moyenne 1 heure, parfois 1/2 heure, alors que l'inhibition du sympathique débute plus tardivement, 3 heures en moyenne après l'injection.

Nous croyons utile de préciser la technique suivant laquelle nous avons recherché le réflexe oculo-cardiaque ; malgré les nombreuses publications qui ont traité de ce sujet, il semble qu'il y ait encore des divergences. Nous exerçons la compression sur les globes oculaires pendant 15 secondes environ ; le ralentissement, quand il existe, apparaît généralement dès la 5^e seconde et disparaît quand on cesse la compression.

Le professeur D. Santenoise a bien voulu nous aider de ses conseils, en particulier dans l'interprétation, parfois délicate, de nos tracés.

I. Etude de l'excitabilité du sympathique et du parasymphatique

Chez tous nos déments précoces, sans exception, le réflexe solaire, voir tableau II, est nettement positif. Parfois même, comme dans la figure I, le tracé montre un aplatissement presque complet. Il apparaît très souvent dès le début de la compression.

Le réflexe oculo-cardiaque est le plus souvent nul, 19 cas sur 29. Dans les 10 autres cas, il est à peine ébauché. Nous ne l'avons jamais trouvé nettement positif.

II. Action de la vagotonine

A. *Sur le sympathique.* — Elle est nulle dans la moitié des cas — 15 sur 29 — et le réflexe solaire reste net après l'injection. Dans 10 cas, la vagotonine a diminué légèrement le réflexe solaire, mais sans jamais le faire disparaître complètement. Enfin, dans 4 cas, le solaire s'est montré diminué tardivement, mais après une phase d'excitation du sympathique, se traduisant par un réflexe légèrement augmenté 1 h. 1/2 après l'injection.

B. *Sur le para-symphatique.* — Le réflexe oculo-cardiaque n'est très généralement, pas modifié. Dans 4 cas seulement sur 29, il s'est montré légèrement plus marqué après l'injection de vagotonine.

TABLEAU II

Noms		RÉFLEXE OCULO-CARDIAQUE		RÉFLEXE SOLAIRE	
		avant va- gotonine	après va- gotonine	avant va- gotonine	après va- gotonine
Henri J.....	42 ans, interné à 27 ans.	nul	très faible	net	net
Louis L.....	46 ans, interné à 25 ans.	très faible	très faible	net	net
Marthe M.....	37 ans, internée à 24 ans.	très faible	très faible	net	légèrement augmenté puis diminué
Marie B.....	33 ans, internée à 32 ans. Début plusieurs années avant l'entrée.	très faible	très faible	net	diminué
Eva L.....	28 ans, internée à 27 ans. Début à 25 ans.	nul	nul	net	diminué
Cécile F.....	47 ans, internée à 28 ans.	nul	nul	net	diminué
Edmond D....	46 ans, interné à 33 ans.	nul	nul	net	diminué
Louis J.....	33 ans, interné à 26 ans.	nul	nul	net	net
Stéphan M....	31 ans, interné à 23 ans.	nul	très faible	net	légèrement augmenté puis diminué
Paul D.....	26 ans, interné à 21 ans.	nul	nul	net	légèrement diminué
Paul C.....	31 ans, interné à 25 ans.	faible	faible	net	légèrement augmenté puis diminué
Suzanne T....	34 ans, internée à 30 ans.	nul	nul	net	légèrement augmenté
Louise R.....	53 ans, internée à 45 ans.	très faible	très faible	net	net
Berthe G.....	38 ans, internée à 25 ans.	nul	nul	net	diminué
Lucie P.....	37 ans, internée à 22 ans.	très faible	très faible	net	net
Marie L.....	33 ans, internée à 28 ans.	nul	nul	net	diminué
Caroline S....	41 ans, internée à 27 ans.	très faible	très faible	net	net
Constant V....	36 ans, interné à 25 ans.	très faible	nul	net	diminué
Emile V.....	34 ans, interné à 25 ans.	nul	nul	net	diminué
Eugène M.....	40 ans, interné à 32 ans.	nul	nul	net	net
Jean B. S.....	36 ans, interné à 33 ans.	nul	nul	net	diminué
Roland V.....	28 ans, interné à 26 ans.	faible	très faible	net	net
Angélique L...	42 ans, internée à 25 ans.	nul	nul	très net	très net
Germaine C...	31 ans, internée à 25 ans.	nul	nul	net	net
Henriette J...	44 ans, internée à 43 ans.	nul	nul	net	net
Marie A.....	47 ans, internée à 39 ans.	nul	nul	net	net
Berthe P.....	39 ans, internée à 36 ans.	nul	nul	net	net
Marie T.....	55 ans, internée à 41 ans.	nul	très faible	net	net
Justine V.....	30 ans, internée à 24 ans.	très faible	faible	net	net

Chez les 4 malades pour lesquels on pense à la démence précoce, sans cependant pouvoir affirmer le diagnostic, nous avons les résultats suivants (voir tableau III) : le réflexe solaire, positif, a été, dans 2 cas, diminué, dans 2 cas non modifié après vagotonine, le sympathique présentant à peu près la même excitabilité et les mêmes réactions que chez les déments précoces, mais par contre, le réflexe oculo-cardiaque s'est montré, avant l'injection, 3 fois sur 4 nettement positif, et 3 fois sur 4 également, fortement augmenté par la vagotonine.

TABLEAU III

Noms		RÉFLEXE OCULO-CARDIAQUE		RÉFLEXE SOLAIRE	
		avant	après	avant	après
Eglantine V...	32 ans, internée à 26 ans.	positif	augmenté fortement	positif	diminué
Hélène V.	29 ans, internée à 18 ans.	faible	positif	positif	diminué
Paul G.	48 ans, interné à 39 ans.	positif	augmenté	positif	non modifié
Jeanne P.	49 ans, internée à 28 ans.	positif	légèrement diminué	positif	non modifié

Pour avoir des points de comparaison, nous avons étudié, dans les mêmes conditions, l'excitabilité et les réactions du système neuro-végétatif chez 17 aliénés pris au hasard.

Les résultats figurent au tableau IV et nous les résumons ci-dessous :

Sur 17 réflexes solaires pris avant vagotonine, 7 sont nettement positifs, 6 faiblement positifs et 4 nuls ; après vagotonine, 8 fois sur 16, l'excitabilité sympathique a été diminuée, et en particulier, dans 4 cas, le réflexe solaire a disparu complètement ; une fois, le réflexe solaire, nul avant vagotonine, semble être devenu légèrement positif après ; enfin, 7 fois sur 16, le sympathique n'a pas réagi à la vagotonine.

Sur 17 réflexes oculo-cardiaques pris avant vagotonine, 10 étaient nuls, 5 faiblement positifs et 2 nettement positifs. Dans 9 cas, l'excitabilité n'a pas été modifiée après vagotonine ; dans 8 cas, elle s'est montrée augmentée (Réflexe oculo-cardiaque augmenté dans 4 cas, réflexe oculo-cardiaque nul avant, positif après, dans 4 cas).

TABLEAU IV

NOMS	DIAGNOSTICS	RÉFLEXE OCULO-CARDIAQUE		RÉFLEXE SOLAIRE	
		avant	après	avant	après
Léger S.....	Mélancolie avec anxiété	nul	nul	positif	diminué
Maurice N.....	id.	nul	nul	positif	diminué
Marie T. L.....	id.	nul	nul	faible	aboli
Marie J. B.....	id.	positif	positif	positif	aboli
Marthe R.....	id.	faible	fortement positif	nul	nul
Paul D... ..	Confusion épileptique en voie d'amélioration	nul	faible	faible	faible
Angelo M.....	Psychose périodique (double forme)	nul	positif	positif	diminué
Marie L. C.....	id.	faible	faible	faible	faible
Léon C.....	Dégénérescence mentale	nul	faible	faible	nul
Edouard S.....	Folie alcoolique	faible	augmenté	positif	positif
Marguerite D..	Hypomanie	faible	augmenté	nul	nul
Marie H.....	Débilité mentale	nul	positif	nul	(non suivi)
Eugénie G.....	id.	faible	augmenté	positif	positif
Marie P.....	id.	nul	nul	nul	faible
Mireille V.....	id.	nul	nul	faible	nul
Sidonie M.....	id.	nul	nul	positif	diminué
Jeanne D.....	id.	positif	positif	faible	faible

Conclusions. — En résumé, les déments précoces ont une excitabilité sympathique très marquée, beaucoup plus nette que celle des autres psychopathes en général ; dans la moitié des cas, elle est irréductible par la vagotonine, tout au moins à la dose que nous avons employée ; quand elle est diminuée, elle l'est faiblement, sans jamais aboutir à l'abolition complète ; alors que chez les témoins on observe une atténuation du réflexe solaire plus fréquente et plus complète.

Chez les déments précoces, l'excitabilité para-sympathique est très peu marquée ou nulle, comme si leurs associations réflexes para-sympathiques s'établissaient mal et la vagotonine ne paraît pas agir ; chez les témoins, si, au départ, l'excitabilité para-sympathique est nulle dans la moitié des cas, on constate que dans la même proportion, elle est accrue par la vagotonine.

En résumé, chez les déments précoces, nous avons constaté :

1° Une excitabilité sympathique marquée, assez anarchique, difficilement régularisée par la vagotonine.

2° Une excitabilité para-sympathique très faible ou nulle, non modifiée par la vagotonine.

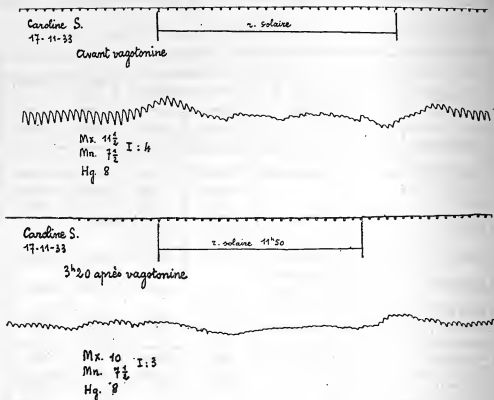


FIG. I. — Démence précoce. Réflexe solaire avant et après vagotonine

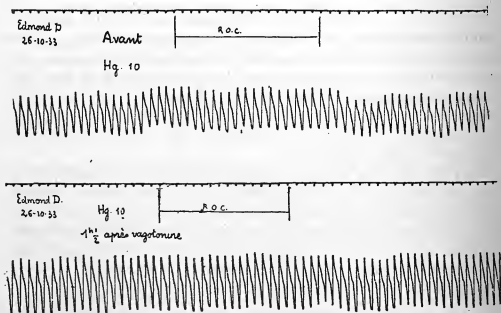


FIG. II. — Démence précoce. Réflexe oculo-cardiaque avant et après vagotonine

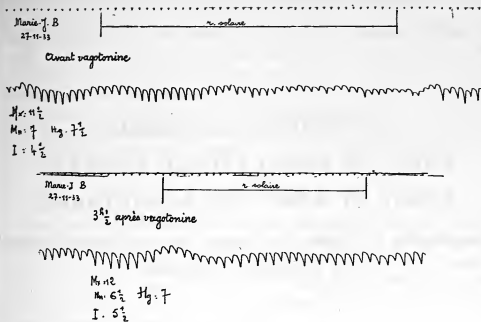


FIG. III. — Mélancolie avec anxiété. R. solaire avant et après vagotonine

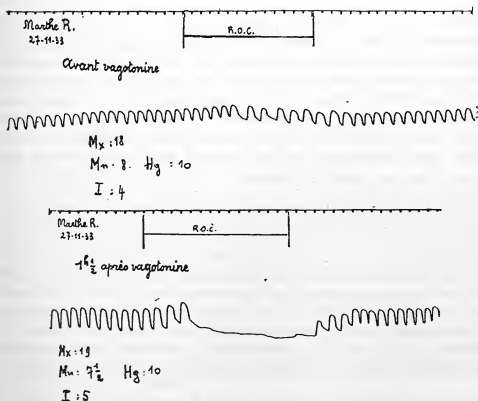


FIG. IV. — Mélancolie avec anxiété. R. oculo-cardiaque avant et après vagotonine

L'ÉVOLUTION DU DESSIN CHEZ UN PARALYTIQUE GÉNÉRAL AVANT ET APRÈS MALARIATHÉRAPIE

*Contribution à l'étude de l'action des traitements actuels
de la paralysie générale*

PAR

HENRI CLAUDE et PIERRE MASQUIN

Dans une précédente communication (1), nous avons dit combien l'examen clinique banal nous paraissait insuffisant pour apprécier soit la nature et l'étendue du déficit mental des paralytiques généraux à leur entrée, soit le degré et les caractères de l'amélioration obtenue en cas de cure satisfaisante. Nous avons conclu à la nécessité d'y adjoindre certaines épreuves de tests. Mais, pour des raisons sur lesquelles nous ne reviendrons pas, nous recommandions d'éviter l'emploi de toute épreuve dans l'exécution de laquelle pourraient intervenir l'éducation ou la profession du sujet.

Par contre, faire appel à la profession peut être d'un haut intérêt lorsqu'il ne s'agit plus de professions « manuelles », auxquelles répondent des actes mécanisés et stéréotypés, mais d'un véritable art où l'homme ne peut donner toute sa mesure qu'en s'élevant au-dessus des simples automatismes techniques du métier et en faisant appel à tous les éléments de l'activité créatrice dans ce qu'elle a de plus personnel et de plus intellectualisé. Qu'il s'agisse alors d'un peintre, d'un musicien, d'un sculpteur, nous allons avoir à distinguer très artificiellement d'ailleurs,

(1) H. CLAUDE et P. MASQUIN. — L'examen du fond mental des paralytiques généraux, par la méthode des tests. *Annales Médico-Psychologiques*, 1933, t. 2, p. 173.

dans l'élaboration de l'œuvre d'art, deux facteurs différents : d'un côté, les automatismes du métier, actes mécaniques dans lesquels jouent surtout l'habileté manuelle et l'habitude, tels le maniement du crayon, du pinceau, du couteau, le mélange et l'étalement de la pâte... etc... s'il s'agit d'un peintre ; de l'autre, la « manière » même de l'artiste, total de ses activités psychiques et reflet de sa personnalité dans ce qu'elle a de plus élevé.



Nous avons pu récemment traiter dans notre service un peintre atteint de paralysie générale. L'évolution de sa production au cours de sa maladie et surtout sous l'influence de la malaria-thérapie nous a paru intéressante à signaler en tant que contribution à l'étude de l'action du paludisme sur le fond mental des paralytiques généraux.

Mac... Elisée, âgé de 52 ans, entrant le 4 août dernier dans notre service, venant de l'Hôpital Henri-Rousselle avec le diagnostic de paralysie générale.

Artiste peintre, assez connu, il vivait de la vente de ses tableaux qu'il écoulait facilement dans des expositions de quartier de l'Ecole des Beaux-Arts. Nous n'avons sous la main que des photographies de tableaux faisant partie de collections connues que nous ne pouvons de ce fait reproduire. Toutefois, pour situer l'œuvre de ce peintre, nous dirons qu'elle s'apparente aux Utrillo d'avant-guerre.

Rien à signaler dans ses antécédents, qu'une syphilis contractée à 30 ans, bien traitée au début, puis très irrégulièrement. Aucun trouble ne fut remarqué par l'entourage de notre malade avant le début du mois de juillet dernier.

Sa femme se trouvait alors à la campagne auprès de sa mère souffrante ; M... la rejoint un soir, puis sort avec ses deux enfants, les abandonne sur la route et se sauve à travers champs en pleine nuit. Il reste introuvable. Deux jours après, il est arrêté à Soissons pour vagabondage. Il avait pénétré dans une maison, avait demandé de la bière qu'il n'avait pu payer. Jeté en prison, il est condamné vers le 20 juillet à 1 franc d'amende contre avis médical. Sa femme le ramène à Paris. Les troubles du comportement vont alors s'exagérant : tentatives de fugues, petites dettes dans les cafés voisins, turbulence, idées de grandeur (millionnaire, il veut partir à la mer acheter une villa). Un jour même il sort de son appartement en chemise, dans l'intention de se rendre à son atelier.

Mais ce qui scandalise le plus sa femme et décide de son internement, c'est le dernier tableau qu'il brosse quelques jours avant son entrée (fig. 1). Il s'agit d'un énorme bouquet de fleurs, entièrement

traité dans les rouges et les mauves. La note de cette production est nettement hypomaniaque par les teintes employées et la facture (les



FIG. 1. — *Roses*, 25 juillet 1933.

fleurs sont des tourbillons de pâte). Mais, fait capital, c'est la *conservation des automatismes professionnels* (disposition du sujet, traits de

pinceaux, maniement du couteau, contrastant avec l'affaiblissement intellectuel qui, déjà dans ce tableau, se révèle par certains symptômes très nets : les tiges ne sortent plus nécessairement de l'ouverture du vase... un petit oranger avec ses fruits est placé dans l'angle supérieur droit de la toile..., etc... Par conséquent, un début d'affaiblissement s'affirme dès cette période malgré une luxuriance d'automatismes professionnels déchaînés.

Affaiblissement qui se transpose sur le plan social par les troubles du comportement déjà notables que nous venons de signaler. Dès lors, l'évolution est assez rapide. Ce dernier tableau est du 25 juillet ; or, quatre jours après, un certificat du D^r Courtois signale : « *Affaiblissement intellectuel avec excitation, oubli des dates importantes, erreurs, inattention. Absence d'inquiétude : il travaille et gagne ce qu'il veut, ses toiles s'enlèvent partout. Turbulence ; bouleverse sa literie, veut partir pour reprendre son travail. On lui fait perdre des milliers de francs par jour à le maintenir. Alimentation difficile. Dysarthrie. Réflexes tendineux vifs. Myosis, inégalité pupillaire, rigidité à la lumière.*

Sang : Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn positifs.

L.C.-R. : Alb. : 0,70 ; Globul. : ++ ; leuco. : 11,2 ; Benjoin : 22222.22221.00000 ; Bordet-Wassermann, Meinicke positifs.

Après cette période d'excitation, M... tombe en une phase d'inertie confuse, et nous notons dans notre service : *affaiblissement intellectuel, grosse dysmnésie, désorientation, indifférence, inertie, torpeur, passivité. Les idées de grandeur ont disparu, quelques projets de reprise du travail marquent la perte de l'autocritique. Symptômes neurologiques de paralysie générale, pupilles à réaction très limitée à la lumière.*

M... fut impaludé le 14 août par voie intraveineuse. Dix accès dont quatre à 39° et six à 40°5. Etat général choqué. Reprise de l'excitation. La quinine est administrée à partir du 29 août. La médication ultérieure a consisté en 12 injections de cacodylate de soude, six injections de sulfarsénol à 0,12, 10 injections de muthanol, 12 grammes de stovarsol.

Ce qui est intéressant à noter dès maintenant, ce sont les modifications que va présenter le dessin au cours de l'évolution ultérieure.

A peine détaché, 10 jours après la fin des accès (l'extrême agitation confuse avait nécessité le maintien du malade pendant presque toute la période fébrile), M. se met à crayonner sur tous les bouts de papier qui lui tombent sous la main. Ce sont d'abord des gribouillages informes qui vont peu à peu se coordonner en dessins tout d'abord enfantins : chemins de fer, personnages,

arbres faits de quelques traits tremblés et maladroits (fig. 2, 3, 4, 5). Puis bientôt, et bien que l'examen clinique simple affirmait la persistance d'un état que l'on pourrait étiqueter de franche-

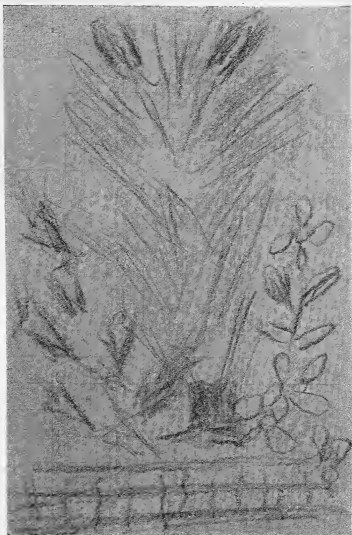


FIG. 2.

ment démentiel : désorientation, dysmnésie, idées délirantes polymorphes, mobiles, stupides, le dessin devient plus correct ; la main tremble moins, les traits se régularisent, s'organisent plus harmonieusement. Des effets de lumière, des perspectives réapparaissent (fig. 7, 8, 9). On peut encore noter dans le dessin 6 le retour d'un certain sens critique (une femme minaudant devant un passant qui la repousse tandis qu'un tiers, du trottoir,

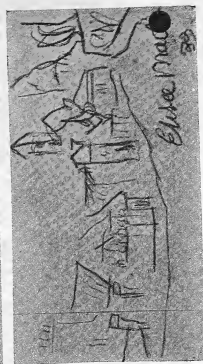
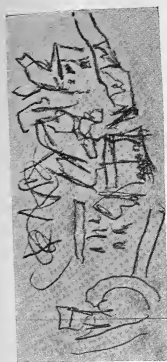
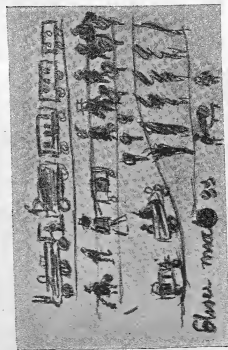
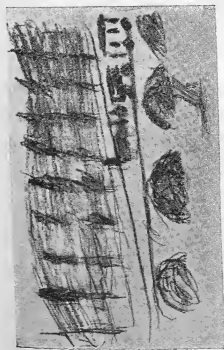


FIG. 3.

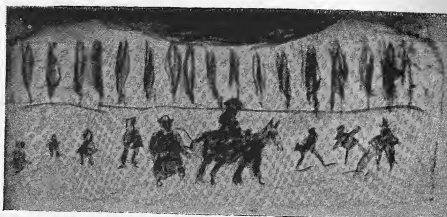
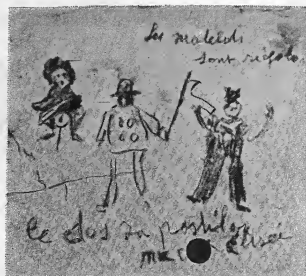


FIG. 4.



FIG. 5.



FIG. 6.

assiste à la scène). Ces dessins s'échelonnent entre le 7 septembre et le 5 octobre, date à laquelle nous avons fait rendre au malade ses pinceaux sur sa demande.

Les automatismes professionnels que nous avons vu réapparaître très tôt après le traitement et se perfectionner très vite en l'espace d'un mois, s'affirment désormais très nettement, dans la

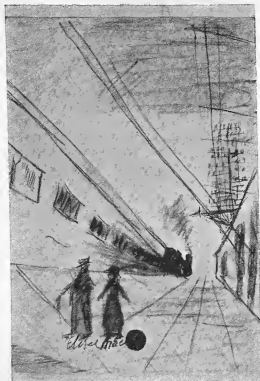


FIG. 7.

façon d'étaler la pâte, de mêler les couleurs ; mais les tonalités restent assez pauvres et une grande maladresse de technique s'affirme. Si l'on compare le *bouquet de roses*, exécuté quelques jours avant l'internement, aux *Dahlias* et au *Roscoff*, peints après l'impaludation, on trouve dans ces productions la même note d'hypomanie pourtant beaucoup plus pauvre et plus terne dans les derniers tableaux. Mais tandis que ce déchaînement d'automatismes de métier s'était évanoui au cours de la première période par suite de l'apparition de phénomènes d'inhibition dont nous parlerons tout à l'heure, nous le voyons s'atténuer maintenant peu à peu au fur et à mesure que le calme réapparaît avec les progrès de la rémission. Il est entièrement disparu des dessins

actuels, tous trop réguliers, trop appliqués, tirés à la règle, dirait-on, sans spontanéité aucune. Les teintes vives s'y juxtaposent, fausses, inutiles et inharmonieuses. La reproduction photographique rend très mal cette médiocrité des tons. Elle n'a pu rendre non plus, à cause des teintes employées, certains détails pourtant intéressants : les pavés de la route par exemple, dans la *fig. 13*, sont représentés sur l'original par de légères touches jaunes très régulièrement juxtaposées les unes à côté des autres, depuis le premier plan du tableau jusqu'au niveau des maisons.

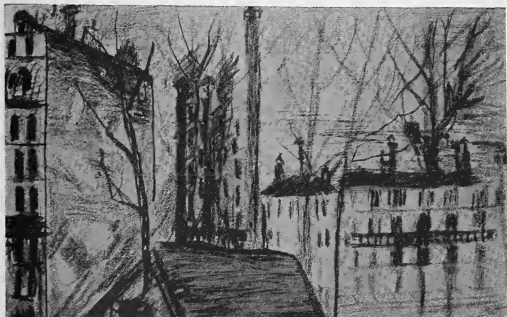


FIG. 8.

Par conséquent, si l'on considère la manière de ce peintre avant, pendant sa maladie, et à l'heure actuelle, on peut remarquer :

1° qu'à tout moment les *automatismes du métier* ont été conservés (si l'on fait exception d'une courte période d'inhibition totale), et cela malgré l'atteinte nette du fond mental.

2° L'affaiblissement intellectuel n'en a pas moins fortement influencé la manière dans laquelle se condense la personnalité de l'artiste, si bien que les cartons brossés au cours de la maladie, soit avant, soit après la malariathérapie, traduisent la même note d'affaiblissement, mais aussi d'excitation, et tranchent par la libération des automatismes, tant sur la production antérieure du peintre que sur sa production actuelle.

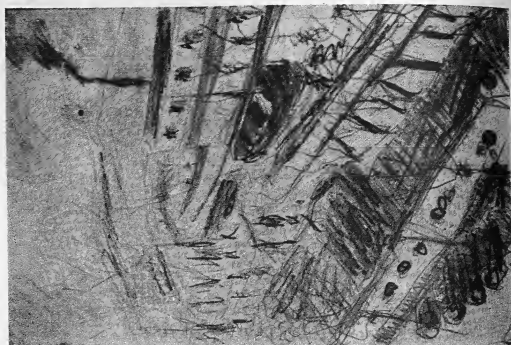


FIG. 9.

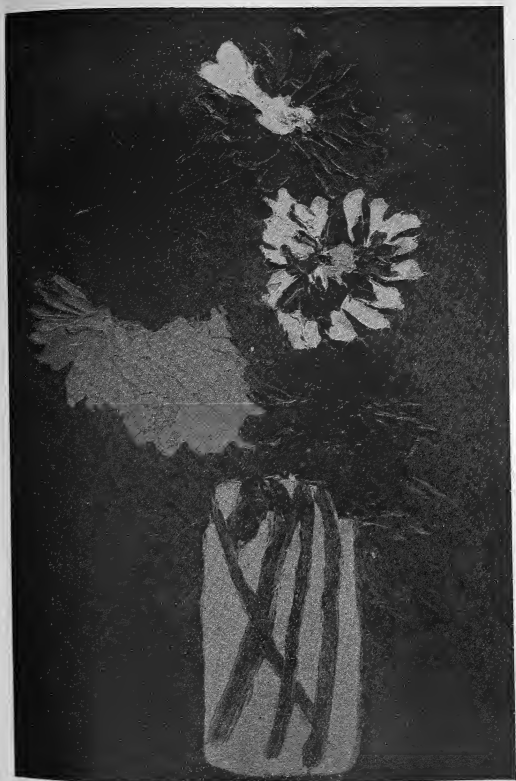


FIG. 10. — *Dahlias*, toile exécutée d'après nature, le 8 octobre



FIG. 11. — Roscoff, 9 octobre.



FIG. 12. — Douarnenez (d'après une carte postale), 15 octobre 1933.

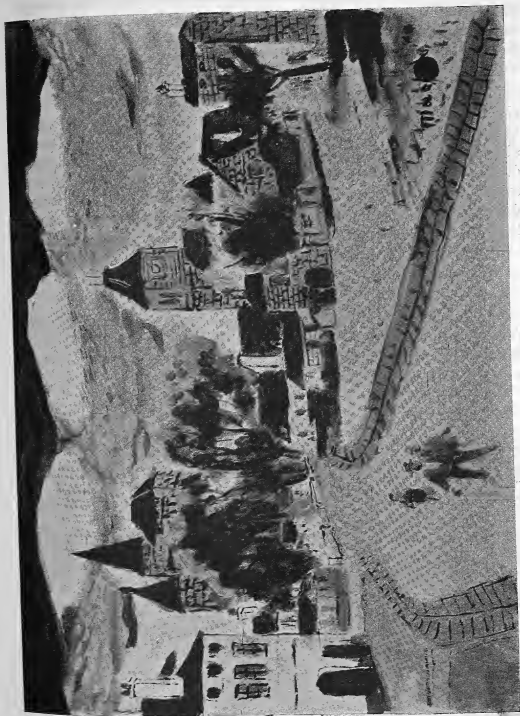


Fig. 13. — (Aquarelle gouachée, d'après une carte postale), 30 novembre 1933.

3° Enfin, la *manière* d'aujourd'hui, stéréotypée, immuablement fixée depuis un mois, et plus exactement depuis que l'état mental ne se modifie plus, rappelle un peu la facture des productions antérieures, mais avec beaucoup plus de pauvreté et de maladresse, beaucoup moins d'imprévu. Signalons que la signature est redevenue la même.

M. se retrouve donc, mais diminué, appauvri dans son psychisme, comme dans sa production. Grâce à la puissance des automatismes de métier, il peut manier crayons et couleurs, alors que sub-dément il se perd dans les labyrinthes de Proteus, échoue dans les tests d'attention et de mémoire les plus élémentaires, affaiblissement qui retentit dans sa « manière », reflet des fonctions psychiques supérieures. Il entre par ce fait dans les rémissions médiocres qui ne sont en somme que des stabilisations.



Ce malade nous offre l'occasion de dire quelques mots sur l'action que paraît avoir la malariathérapie, sur les troubles psychiques des paralytiques généraux, et d'ouvrir une parenthèse au sujet des particularités du fond mental de ces malades.

Plusieurs points, nous semble-t-il, méritent d'être notés dans l'état mental des paralytiques généraux :

1° L'adjonction fréquente à l'affaiblissement intellectuel d'autres facteurs d'inhibition plus complexes s'apparentant cliniquement à la démence au point qu'il est souvent difficile de les en démêler, mais s'en différenciant par leur évolution et peut-être leur anatomo-physiologie.

2° La variabilité extrême d'un jour à l'autre de la présentation du malade, variabilité qui s'étend même à certains symptômes moteurs, tels la *dysarthrie*, le tremblement, les signes pupillaires (1), etc...

3° La transformation des conditions concernant la sensibilité générale et l'affectivité. Certains sentiments, certaines tendances refoulées à l'état normal s'extériorisent après l'orage méningo-encéphalitique, de sorte que l'effet thérapeutique de la cure malarique peut se traduire par une reviviscence de l'inconscient.

(1) Chez notre malade par exemple, dès notre premier examen, nous avons trouvé paresseuses des pupilles que le précédent certificat signalait inertes. Peut-être cette variabilité pourrait-elle expliquer le mécanisme de certains phénomènes curieux, tel la disparition après malariathérapie d'un signe d'Argyll ?

4° La nature de l'affaiblissement intellectuel qui ne devient global qu'à un stade terminal, laissant subsister pendant un temps plus ou moins long toute une série d'automatismes, phénomène qui explique en partie la marche de la démence qui ne suit pas rigoureusement dans sa progression l'ordre inverse des étapes du développement mental de l'individu.

C'est ainsi que dans les cas de paralysie générale débutant par un simple affaiblissement intellectuel, celui-ci peut rester, pendant un certain temps, inaperçu de l'entourage. Le malade continue de vaquer à ses occupations qu'il effectue alors d'une façon toute automatique, surtout *s'il s'agit d'un métier manuel*, si bien qu'il peut paraître à ce stade beaucoup moins touché qu'il ne l'est en réalité. C'est une constatation que nous avons pu faire bien souvent, et même dans des professions libérales, chez des médecins paralytiques par exemple. Bien plus, l'affaiblissement intellectuel qui respecte encore certains automatismes de la vie quotidienne, en libère d'autres que réfrénaient les coutumes, les habitudes et les lois sociales, d'où la série des actes médico-légaux qui peuvent alors s'observer. Seuls donc, les automatismes supérieurs, ceux qui se trouvent en rapport avec des notions sociales tardivement acquises dans l'espèce et l'individu, ou bien avec des activités mentales indispensables à la création d'œuvres très intellectualisées, se voient atteints dès cette période.

Mais il est rare d'avoir à faire à ces débuts lents, calmes, progressifs, dans lesquels la démence s'accroît à bas bruit. C'est très fréquemment que se juxtaposent dès le début à elle, pouvant d'ailleurs la précéder, toute une série de phénomènes fort complexes, se révélant par un véritable dysfonctionnement, auquel revient la mobilité des symptômes observés et leur variabilité.

Aussi, aimons-nous voir dans le substratum organique conditionnant chacun de ces états, deux stades successifs : un stade *lésionnel* au sens anatomique du mot, définitif, irréparable, mais stade terminal, toujours complété et souvent précédé d'un premier stade « *dynamique* », dirons-nous, pour l'opposer au premier, entendant par là qu'il est plus physiologique qu'anatomique et régressif.

Cependant, bien que ne s'appuyant que sur de simples modifications fonctionnelles de la cellule nerveuse, encore indécélables par les moyens dont nous disposons actuellement, ce stade peut créer des inhibitions qui cliniquement se rapprochent tellement des traductions lésionnelles que l'on peut fort bien les confondre avec elles.

Bien plus, tandis que la démence, nous l'avons vu, dans sa marche progressive mais jamais régressive, ne s'attaque tout d'abord qu'aux processus intellectuels supérieurs, ménageant et libérant même certains automatismes, les superstructures inhibitrices, au contraire, se répandent dans tous les domaines de l'activité mentale, débordant la sphère dementielle. Le malade paraît alors plongé dans une démence profonde et globale atteignant toutes les sphères de son activité. Il semble beaucoup plus touché qu'il ne l'est en réalité.

Mais ces phénomènes dynamiques *évoluent par poussées*, ils ne présentent pas non plus l'immuable fixité de la démence, *mais restent éminemment mobiles en qualité et dans le temps*.

Tels sont les « accrochages » des paralytiques généraux, les « ratés », que met, chez eux, en évidence, l'examen psychologique.

Mais cette hypothèse ne joue que pour un temps. Si aucune thérapeutique ne vient arrêter la marche des lésions anatomiques, la paralysie générale reprend ses droits au terme de progressive. Le domaine des troubles physiologiques s'effrite de jour en jour devant les progrès de la démence qui méritera alors, mais alors seulement, le qualificatif de globale.

Si l'on considère sous cet angle l'anatomo-physiologie de la paralysie générale, l'action de la malariathérapie devient plus compréhensible, de même que s'explique mieux le processus évolutif de la maladie.

Dans les cas heureux où ces manifestations dynamiques précédant la lésion anatomique se traduisent par une tumultueuse symptomatologie, le processus pathologique peut être endigué par une thérapeutique précoce et active. Dès lors, le stade anatomique, lésionnel, ne surviendra pas ; aucun symptôme dementiel ne se notera après le traitement (1). La goutte d'acide a été neutralisée avant que ses propriétés corrosives aient eu le temps d'agir. C'est là le mécanisme des rémissions complètes, telles que l'on en observe à la suite de la malarisation d'une forme excitomaniacale traitée dès son début *vrai*. Aucun symptôme morbide n'est décelable ultérieurement, alors que la richesse de la symptomatologie avait impressionné l'entourage du malade avant l'entrée de celui-ci. Si, par contre, la décision thérapeutique n'a été prise que tardivement, soit qu'on ait voulu attendre, essayer

(1) Il a même semblé, *dans quelques cas*, qu'après la cure malarique, le sujet avait manifesté des inclinations intellectuelles plus délicates qu'auparavant.

autre chose, soit qu'il s'agisse d'un de ces cas où la première phase n'évolue qu'à bas bruit, sans donner l'éveil avant longtemps, comme ce fut vraisemblablement ici le cas, on ne peut plus dès lors agir que sur le domaine physiologique qui, débordant la lésion anatomique inaccessible, elle, à la thérapeutique, lui fait attribuer des proportions beaucoup plus importantes que celles qui lui reviennent en réalité.

On a traité un malade, moins touché, au fond, qu'il ne le paraissait à première vue. On parle de rémission plus ou moins complète, alors qu'il ne s'agit que de stabilisation.

Sur quels mécanismes psychologiques agit donc la malariathérapie ? Nous avons dit plus haut que l'état mental du paralytique général ne devait plus être considéré comme un état dementiel simple, mais comme une intrication de plusieurs facteurs souvent difficiles à démêler, l'affaiblissement intellectuel proprement dit se trouvant complété par un dysfonctionnement, auquel revient la variabilité, d'un jour à l'autre, du tableau clinique observé. Aux lésions anatomiques, facteurs de symptômes dementiels stables, irrémédiables, nous opposons donc ces lésions physiologiques « dynamiques » que nous invoquons à la base de ces phénomènes d'inhibition fonctionnelle se rapprochant de la confusion mentale. Mais tandis que la démence, dans sa marche progressive, ne s'attaque tout d'abord qu'aux processus intellectuels supérieurs de jugement, de raisonnement, de coutumes sociales, etc..., laissant subsister, au début, et libérant même certains automatismes que l'on peut alors voir se déclancher avec une luxuriance parfois remarquable ; l'inhibition fonctionnelle, au contraire, se répand dans tous les domaines de l'activité mentale, de sorte qu'après le traitement, un paralytique général examiné seulement à cette période peut paraître plus amélioré qu'il ne l'est, surtout si le bilan lésionnel n'avait pas été auparavant rigoureusement établi.

Notre malade a successivement passé par ces deux phases. Au cours de la première, il pouvait encore peindre ce bouquet de roses où déjà apparaissaient des signes d'affaiblissement intellectuel. Lors de son internement, totalement inhibé, il se présentait comme un dément avancé.

Aujourd'hui, les superstructures physiologiques inhibitrices de l'automatisme professionnel ont totalement disparu. La malaria a remis de l'ordre dans le chaos anarchique observé lors de l'entrée ; elle a jugulé l'évolution du processus morbide, en le refoulant des régions où il n'était pas encore organisé sur des

lésions parenchymateuses solides ; mais des ruines persistent, îlots organiques, substratum désormais intangible d'un état démentiel ou du moins d'une restriction intellectuelle paraissant désormais stabilisés.

Nous ne nous dissimulons pas combien est schématique cette interprétation des faits. Elle explique cependant, nous semble-t-il, mieux que toute autre, la variabilité et la mobilité des symptômes, leur évolution par poussées successives, les aléas et les échecs de la thérapeutique dans des cas où les prévisions pronostiques peuvent être déjouées dans des sens d'ailleurs très différents.

PSYCHOSE TOXI-INFECTIEUSE RECIDIVANTE D'ORIGINE GÉNITALE

PAR

J. LALANNE et P. AUBRY

Observation. — **ETAT A L'ENTRÉE.** — Le 24 septembre 1934, Guérina B..., 19 ans, entre au service de clinique psychiatrique du Docteur Hamel, présentant le tableau suivant : état de stupeur avec mutisme presque absolu, refus d'aliments et de médicaments, quelques idées à caractère mélancolique, rétention d'urines, négativisme et d'autres signes de la série catatonique. Etat physique relativement précaire, pâleur des téguments, état saburral des voies digestives, amaigrissement.

Nous trouvons dans les antécédents de la malade les renseignements suivants :

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Mère bien portante ayant eu sept enfants tous vivants et bien portants. Une seule fausse-couche.

La malade est la seconde de la lignée.

Père vivant ; en 1927, a été interné à Maréville, atteint, dit le médecin-chef du service, de psychose hallucinatoire chronique avec idées hypochondriaques et de persécution. Est actuellement dans un asile italien où il a été transféré.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Enfance normale, puberté normale (réglée à 13 ans). A l'âge de 15 ans, Guérina B... se marie pour mettre au monde, quatre mois plus tard, une fille à terme bien portante.

Il y a 18 mois naît une seconde fille. Bien que l'accouchement ait été facile, se manifestent alors des troubles de la sphère génitale avec légère infection.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — *Le 6 septembre 1933* la malade est opérée pour salpingite aiguë suppurée. Le chirurgien nous renseigne et nous dit avoir pratiqué la résection des annexes gauches et l'ablation partielle de l'ovaire droit. Avant l'intervention, alors que l'infection s'était déclarée, la malade avait commencé à présenter quelques troubles mentaux sous forme de troubles du caractère.

Le 12 septembre, ces manifestations se sont renouvelées et la malade a, en particulier, présenté du refus d'alimentation.

Le 24 septembre la malade entre au service en état de stupeur avec mutisme presque absolu, quelques idées mélancoliques, refus d'aliments et de médicaments, rétention d'urines, négativisme, signes de la série catatonique. Au point de vue physique : état saburral des voies digestives, fétidité de l'haleine, constipation. Température 37°2, écoulement sanguinolent à la vulve.

Le 28 septembre l'écoulement sanglant peu abondant a disparu et l'amélioration est assez nette pour qu'on l'annonce au mari.

Le 5 octobre, lettre au mari : « Votre femme est tout à fait convalescente et pourra être bientôt considérée comme guérie, sauf rechute imprévisible. »

Pendant cette première période de la maladie, la thérapeutique instituée a été : diététique (régime lacto-végétarien pendant la phase aiguë, alimentation plus riche par la suite), hygiénique, on a sondé la malade pour vider sa vessie et on lui a administré des sédatifs pour calmer l'agitation et atténuer l'insomnie. Dès les premiers jours d'octobre, la malade, sortie rapidement de son état de stupeur, s'occupe, se montre très ouverte, gaie et expansive, ne se comportant nullement comme une schizophrène.

Le 19 octobre apparaît une très légère hyperthermie dépassant de peu 37° ; la malade paraît méfiante, donne des signes d'inquiétude, croit qu'on veut l'empoisonner.

Le 20 octobre apparaît l'écoulement menstruel, réduit à quelques taches sur le linge, et la malade sombre à nouveau dans l'état de stupeur, accompagné de signes catatoniques, déjà décrits. Elle fait à nouveau de la rétention des urines, du refus d'aliments et de médicaments. Elle est nourrie à la sonde et réussit à vomir immédiatement les aliments malgré les précautions prises.

Le 23 octobre, les règles cessent. Injection sous-cutanée de 500 cc. de sérum et de sérum glucosé.

Le 25 octobre, on pratique une injection intra-musculaire de 4 cc. de Septicémine, et, dès que l'opposition de la malade cessera, cette dose sera injectée journellement par voie intraveineuse.

Le 27 octobre, la malade accepte du lait et la convalescence s'établit rapidement.

Du 3 novembre au 10 novembre, en raison de l'insuffisance de l'écoulement menstruel on institue un traitement de quatre injections de 1/20 de milligramme de Folliculine cristallisée.

Le 12 novembre, pour compléter le cycle thérapeutique, un cachet de corps jaune jusqu'aux règles ; en outre, en raison des troubles neuro-végétatifs (acrocyanose, pâleurs subites de la face), et pour prévenir le déséquilibre imminent, on donne journellement 5 centigrammes de phényl-éthyl-malonylurée.

Le 13 novembre, la malade est un peu triste, la température monte à 37°5 ; la nuit, les règles apparaissent, en avance de 4 jours.

Le 14 novembre, mutisme, refus de tirer la langue, résistance passive au traitement, s'alimente sous la menace de la sonde œsophagienne, ne présente plus de rétention des urines. Les règles sont un peu plus abondantes.

Le 18 novembre, les règles cessent, la malade sort très rapidement de son état de stupeur, s'intéresse à son traitement auquel elle se prête de bonne humeur. Le traitement par la Septicémine intraveineuse est maintenu.

Le 25 novembre, nouvelle série de Folliculine selon les mêmes principes que la précédente.

Le 8 décembre, les règles apparaissent, en avance de 3 jours (comme chaque fois depuis l'entrée) sur le rythme qui était établi avant l'intervention chirurgicale. La température ne dépasse pas 37°4. L'haleine est fétide, la langue chargée, la malade est sombre.

Le 11 décembre, attitude négativiste, troubles du caractère, impression d'hostilité, crises de colère subite avec pâleur de la face et des mains. Refus de médicaments : « Elle en a assez que l'on fasse des expériences sur elle. »

Le 12 décembre, c'est-à-dire le lendemain, Guérina B... exprime des regrets : « Je vous demande pardon, Monsieur Hamel, je n'ai été qu'une insolente. »

Dans les jours qui suivent, quelques mouvements coléreux et un peu d'inappétence. L'amélioration, tant de l'état mental que de l'état général, est néanmoins très rapide et les phénomènes vraiment morbides n'ont, en réalité, duré que deux jours.

Le 14 décembre, les règles, qui ont été normales, cessent. L'état général est bon. Dans ces conditions on décide de cesser les injections de Septicémine, faites journellement pendant plus de deux mois, et de ne pas renouveler le traitement par la Folliculine étant donné la restitution de la fonction menstruelle. L'activité thérapeutique visera surtout le déséquilibre neuro-végétatif révélé par les phénomènes vaso-moteurs et pendant le nouvel intervalle inter-menstruel, la malade absorbera journellement un comprimé de Génisténal (Phényléthylbarbiturate de spartéine). L'état de la malade est parfait. On administre avant les règles quelques cachets de corps jaune.

Le 5 janvier, les règles apparaissent, précédées de 3 jours d'une élévation de température (37°6) ; aucun phénomène pathologique.

Le 15 janvier, Guérina B... n'a eu aucune rechute, elle est constamment gaie, active et aimable. La sortie est décidée. Depuis, elle a donné à plusieurs reprises de bonnes nouvelles de sa santé physique et morale.

RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION. — a) La malade entre au service dans un état de stupeur catatonique, présentant des signes d'auto-intoxication et une faible hyperthermie. Écoulement menstruel ; l'état mental s'améliore en quelques jours.

b) 26 jours après, nouvelles règles accompagnées d'une tempéra-

ture dépassant à peine 37° et des mêmes signes psychiques. Septicémie, Folliculine, puis corps jaune. Les signes psychiques disparaissent rapidement.

c) 23 jours après, menstruation, température 37°5, état physique toxi-infectieux moins marqué ; atteinte mentale moins violente, même guérison rapide de l'accès, même traitement.

d) 25 jours plus tard, nouvelles règles plus abondantes, température, 37°4, haleine forte, langue chargée ; les phénomènes morbides se réduisent à quelques troubles du caractère. Le lendemain, retour à l'état normal. Dans les jours qui ont précédé les accès c) et d), la malade a absorbé journellement 5 centigrammes de Phényl-éthyl-malonylurée ; on abandonne désormais Folliculine et Septicémie, mais on administre le Génisténa pendant tout le mois.

e) 29 jours plus tard, menstruation, précédée de 3 jours de 3 clochers thermiques à 37°6, aucun trouble physique ni psychique. Depuis cette date, la malade nous donne de bonnes nouvelles de sa santé. Notons, en outre, que tous les accès ont été amnésiques, sauf le dernier (11 décembre), qui a été fixé par la mémoire de la malade.

Etiologie et Thérapeutique

Etant donné l'allure de la maladie, toute tentative de classification nosologique du syndrome ci-dessus eût été, ou erronée, ou imprécise, ou immotivée. On voit combien plus important apparaît, ici, le diagnostic étiologique, en raison de la thérapeutique qu'il impose. Tout en notant la prédisposition héréditaire, nous ferons remarquer qu'elle a pu conditionner une fragilité psychique élective, mais qu'il a été impossible de déceler dans les antécédents personnels (à la puberté en particulier) aucune trace de « constitution pathologique » schizoïde ou autre.

C'est l'atteinte génitale qui commande tout le tableau clinique : l'infection annexielle, qui évolue à bas bruit depuis la dernière couche, se manifeste tout à coup par des signes somatiques et des troubles du caractère. L'intervention chirurgicale est décidée en raison des signes d'infection et déjà la malade inquiète le chirurgien par des accès de mutisme avec refus d'alimentation. Après l'intervention, les choses vont de mal en pis et, dès que la cicatrisation est assurée, le médecin traitant fait admettre la malade au service psychiatrique. A ce moment, nous observons l'acmé des phénomènes morbides.

L'atteinte physique consiste :

1° en un état infectieux assez grave ;

2° en dysfonctionnement ovarien transitoire, la malade ayant été privée de la plus grande partie de ses ovaires et les phénomènes

nes d'accommodation de la sécrétion interne de la glande conservée ne s'étant pas encore établis ;

3° en un déséquilibre neuro-végétatif, peut-être déjà préexistant, peut-être dû au dérèglement endocrinien opératoire.

De ces conditions étiologiques a découlé une thérapeutique que l'on pourrait presque qualifier de symptomatique (s'il ne s'attachait à ce terme une nuance péjorative), puisque nous avons traité l'état physique en tenant compte des éléments du syndrome.

a) Hygiène alimentaire, régime lacto-végétarien lors des poussées stuporeuses ; alimentation plus riche, en intervalles lucides ; à la sonde lors des refus d'alimentation ; cathétérismes vésicaux au besoin et surveillance stricte du fonctionnement des émonctoires.

b) Thérapeutique supplétive de l'insuffisance ovarienne chirurgicale, établie dès le deuxième accès, sous forme de folliculine cristallisée dans la période méso-inter-menstruelle, puis ensuite, de cachets de corps jaune pendant la période physiologique d'élaboration de la lutéine.

c) Thérapeutique anti-infectieuse (Septicémine intra-veineuse pendant 70 jours).

d) Traitement du déséquilibre neuro-végétatif avec le Génisté-nal (Phényl-Ethyl-Barbiturate de Spartéine) par une certaine analogie avec le traitement abortif, préconisé par divers auteurs, des poussées hypomaniaques dans les psychoses périodiques.

Notre maître, le docteur Hamel, a institué successivement ces trois thérapeutiques qui se sont succédé ou superposées selon l'urgence, les indications symptomatiques et les résultats obtenus pour chacune en particulier.

Commentaire pathogénique

En somme, au point de vue somatique, notre sujet se présentait ainsi : une malade dont la fonction ovarienne, déjà compromise depuis un certain temps par une infection, vient d'être brutalement inhibée et qui présente, du fait de l'étroite interdépendance du système endocrino-sympathique tout entier, des troubles neuro-végétatifs notables.

Nous mentionnerons, pour mémoire, l'évolution inverse des signes généraux de toxi-infection et des poussées thermiques lors des règles : alors que les premiers s'atténuent, tandis que le temps passe, les secondes deviennent de plus en plus nettes

et prennent certains caractères que Mme Hovelacque, dans sa thèse (Paris, 1921) attribue à la fièvre endocrino-sympathique accompagnant la menstruation. De Gennes dit, à ce propos (*Journ. de méd. et de chir.*, 10-1-34) : « Ces réactions ne surviennent pas chez tous les sujets : il s'agit de femmes hyperémotives à réactions vaso-motrices très vives, dont le système endocrino-sympathique est visiblement altéré sans qu'on puisse dire exactement quelle hormone ou quelle glande est en cause... Mais le gros intérêt de ces fièvres prémenstruelles vient du fait qu'elles ne font souvent qu'extérioriser une infection latente. »

L'intérêt de notre observation réside dans ce fait que, dans ces conditions et à la faveur de l'état cataménial, se réalise un syndrome de stupeur catatonique transitoire constituant une véritable expérience physiologique fortuite digne d'être notée.

En 1923, au Congrès de Besançon, Brissot et Jurascheck avaient communiqué l'observation « d'accès répétés de stupeur catatonique sans troubles mentaux intercalaires ». Le Dr Brissot, lors de la discussion, a expressément dit qu'on ne pouvait, dans ce cas, s'arrêter au diagnostic de démence précoce : 1° parce que la malade est toujours très affective dans les intervalles lucides ; 2° parce qu'elle n'a jamais été confuse. A l'inverse de notre malade, la malade de Brissot était plus souvent dans l'état de stupeur catatonique que dans les intervalles lucides.

Nous rappellerons les conceptions de Guiraud sur les phénomènes neurologiques du syndrome catatonique (*Encéphale*, novembre 1924) et celles de Claude et Baruk (*Encéphale*, décembre 1927).

Le Professeur Claude fait remarquer que le syndrome neurologique de la catatonie disparaît à la volonté du malade, en particulier disparaît souvent si le malade ne se croit pas surveillé, ce qui donne au syndrome une apparence de simulation.

La thérapeutique, soit du parkinsonisme (scopolamine), soit de l'hystérie (nitrite d'amyle, torpillages répétés), est impuissante contre la stupeur catatonique. Il ne s'agit donc pas, dans ce cas, de troubles lésionnels comme dans le parkinsonisme ni de phénomènes pithiatiques comme la catalepsie. Les travaux de De Jong et Baruk apportent de nouvelles précisions à la question de la pathogénie du syndrome catatonique.

Expérimentant sur toute la série des vertébrés, ils constatent un accroissement progressif des signes catatoniques au fur et à mesure que se développe le télencéphale et sont donc fondés à déduire, de ces faits, que la bulbo-capnine agit sur le cortex en faisant apparaître un syndrome catatonique.

Ces faits ont d'abord paru contradictoires avec les notions précédentes, appuyées, en particulier, sur des faits anatomo-pathologiques (Claude, Lhermitte, Baruk : Syndrome catatonique de la présénilité. *Encéphale*, mars 1932), situant, dans les corps striés, en particulier, le foyer des troubles organiques (de nature fonctionnelle dans le cas de démence précoce catatonique, de nature lésionnelle dans le cas ci-dessus, où il y avait, en outre, une démence apraxique avec lésion des circonvolutions frontales).

Mais les auteurs, ainsi que d'autres expérimentateurs, qui ont repris et confirmé leurs observations (Fernandès et Fereira, de Lisbonne. *Encéphale*, juin 1933), ont commenté, dans ce sens, leurs premières constatations : la bulbo-capnine, paralysant le cortex, libérerait les mécanismes inférieurs des noyaux gris centraux.

Ces mécanismes, d'immobilisation, sont normalement inhibés par l'action du cortex (action abolie par la bulbocapnine).

Si l'on tient compte des troubles de la chronaxie dans le syndrome catatonique (Claude et Baruk, 1927) et si l'on adopte les théories de Lapique sur les aiguillages de l'influx nerveux et l'action à distance des cellules du cortex sur la chronaxie des cellules inférieures de l'axe cérébral, l'ensemble de tous les travaux ci-dessus cités constitue un tout cohérent auquel nous pouvons donner, comme conclusion, ces lignes de Claude (*Encéphale*, novembre 1927) : « Il n'est pas interdit de penser que, dans les psychopathies à forme catatonique ou hébéphrénocatatonique, l'état *dynamique* de certains systèmes d'association, notamment des ganglions de la base et des voies extra-pyramidales, soit modifié sous l'influence, soit de l'état humoral, soit de l'état toxi-infectieux. »

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 8 Mars 1934

Présidence : M. Roger MIGNOT, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 8 février 1934 et le procès-verbal de la séance du lundi 26 février 1934 sont adoptés.

Correspondance

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le D^r Paul ABÉLY, *Secrétaire des séances*, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le D^r Maurice BRISSOT, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre titulaire*.

PRÉSENTATIONS ET COMMUNICATIONS

Le cerveau d'une centenaire, étude anatomo-clinique,
par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, IVAN BERTRAND et AMOUR F. LIBER.

D'après une opinion encore très répandue, l'affaiblissement des fonctions intellectuelles est l'aboutissant inéluctable de la vie humaine suffisamment prolongée, d'où le terme de démence sénile.

Pourtant les changements, qui accompagnent l'âge avancé, ne ressemblent nullement à la démence, qui est toujours une manifestation pathologique.

L'anatomie confirme-t-elle cette distinction entre le senium physiologique et la démence ? Le groupe hétérogène d'altérations réunies sous le terme de *cerveau sénile* comporte d'une part des manifestations propres à l'âge avancé : infiltration graisseuse, plaques séniles, accumulation de produits métaboliques dans le stroma glial et mésodermique, résorption péri-vasculaire. D'autres lésions sont sûrement pathologiques : certaines, d'origine vasculaire, n'ont rien de spécial au senium. D'autres enfin, telles que la lésion neurofibrillaire d'Alzheimer et l'atrophie cellulaire, caractérisent non seulement la démence dite sénile, mais également les démences pré-séniles. On ne peut trop insister sur ces dernières lésions dans le diagnostic anatomique des démences. En leur présence, on est certain que la fonction des éléments en question était déficiente, alors qu'il est loin d'être démontré que la simple accumulation de lipides (qui existe normalement dans certains éléments du thalamus, par exemple) entrave la fonction d'une cellule.

La topographie et l'étendue des lésions doivent également entrer en ligne de compte.

Ainsi, on ne voit pas comment quelques plaques séniles dans la corne d'Ammon, centre olfactif, peuvent entraîner un déficit intellectuel. Par contre, de nombreuses plaques dans le néo-pallium constituent souvent le substratum d'une démence.

Nous avons eu l'occasion d'étudier le cerveau d'une femme de 101 ans, morte à la Pitié.

Mme V. entre à l'hôpital le 28 février 1932, atteinte d'une bronchite avec insuffisance cardiaque. Elle meurt le 18 avril 1932 de broncho-pneumonie aiguë. La tension a toujours été basse (11/8 au Vaquez).

Toutes les artères palpables sont souples et peu sinueuses.

Il n'y a eu aucun trouble neurologique : motilité, réflexes, tonus, langage, mimique, vision, ouïe sont conservés.

Au point de vue psychologique, il s'agit d'une femme presque illettrée, mais d'un niveau mental sensiblement normal.

Un de nous a démontré (1) que la démence sénile atteint les fonctions psychiques dans un ordre constant et que les défauts de ces fonctions peuvent être appréciés *qualitativement* par des épreuves simples et adaptées à des sujets souvent plus ou moins impotents.

Les premières altérations déficitaires décelables sont : 1° un trouble de l'évocation spontanée et 2° un trouble qualitatif de l'apprentissage. Le malade ne peut plus apercevoir, c'est-à-dire saisir la signification d'une situation et trouver du même coup la solution des problèmes qu'elle peut présenter, fonction caractéristique du psychisme supérieur de l'homme et des anthropoïdes.

L'apprentissage non aperceptif se fait péniblement par une série d'essais et d'erreurs, comme chez l'animal inférieur.

Or, chez Mme V..., l'apprentissage, apprécié par l'épreuve de la pince (2), s'est montré tout à fait normal et aperceptif. L'évocation spontanée de faits récents et anciens était bonne, quoique souvent un peu ralentie, à des moments, où le mauvais état général rendait tout effort pénible.

L'autopsie montra une *sclérose périviscérale* dense, adhésive et rétractile, généralisée à tous les organes thoraciques et abdominaux.

Par contre, on est frappé par la *souplesse de l'arbre artériel* depuis l'aorte jusqu'aux plus petits rameaux. Même l'artère splénique est indemne d'athéro-sclérose.

Les *centres nerveux* ne présentent macroscopiquement rien de pathologique, sauf un léger épaississement de la méninge molle. Le poids de l'encéphale frais, avec la pie-mère, est de 1.090 grammes. Il n'y a pas d'atrophie appréciable. Les artères de la base et de la convexité ne sont nullement athéromateuses. Sur les coupes macroscopiques, on ne voit aucune lésion en foyer. Les ventricules ne paraissent pas distendus.

Etude histologique. — La méthode de Nissl au violet de crésyle montre une architectonie corticale normale à tous les niveaux étudiés (pôle frontal, circonvolutions rolandiques, première temporale, corne d'Ammon). La densité cellulaire dans les différentes couches n'est pas diminuée. La forme et le volume des cellules ganglionnaires

(1) AMOUR-F. LIBER. — Troubles de la mémoire de fixation chez les déments (*Thèse de Paris*, 1933).

(2) Apprendre à ouvrir, à démonter et à rassembler une pince à forci-
pression.

sont normaux, leurs contours nets. La coloration du cytoplasme est souvent plus ou moins diffuse, indiquant un certain degré de chromatolyse, qui peut être en rapport avec des altérations agoniques et cadavériques. Ailleurs, les corps de Nissl sont plus ou moins bien conservés, sans aucune topographie fixe, soit en surface, soit en profondeur. Les noyaux des cellules ganglionnaires sont presque toujours d'aspect sain. Mais ils sont très souvent refoulés excentriquement par des amas de lipides, ainsi que le montre la coloration par l'écarlate sur coupes à congélation. Presque toutes les cellules de l'écorce, quel que soit le champ, contiennent une quantité plus ou moins grande de graisses neutres, sous forme de fines gouttelettes rassemblées en amas rond juxta-nucléaire.

Les graisses occupent en moyenne de 1/5 à 1/3 de la cellule.

Les mêmes altérations, mais à un moindre degré, se voient dans les noyaux gris centraux, le mésencéphale, le bulbe, très peu dans le cervelet.

Il n'y a pas de figures de neurophagie, ni de multiplication des noyaux gliaux.

L'imprégnation argentique (Bielschowsky) montre un réseau neurofibrillaire et des prolongements ininterrompus. Nous n'avons vu nulle part la lésion neurofibrillaire d'Alzheimer.

Les *plaques séniles* sont nombreuses dans la corne d'Ammon. Mais elles font presque entièrement défaut dans le néopallium. C'est à peine si l'on en trouve quelques-unes au niveau du pôle frontal et seulement sur quelques coupes.

La myéline de l'écorce, de la substance blanche cérébrale, de la région des noyaux gris, du bulbe et du cervelet est bien conservée (Méthode de Loyez).

Le tissu mésodermique est peu altéré. En particulier, les parois vasculaires ne sont ni épaissies, ni scléreuses; les vaisseaux ne sont guère plus tortueux que chez le sujet jeune. Ils sont un peu distendus de même que les gaines périvasculaires. Celles-ci contiennent souvent des dépôts arrondis, homogènes ou stratifiés, fortement colorés par l'hématoxyline. Autour des vaisseaux du centre ovale et de la région des noyaux gris, en particulier dans le putamen, il y a des zones de raréfaction constituant des lacunes microscopiques.

On ne rencontre nulle part de reliquat de ramollissement ou d'hémorragie.

On voit que les altérations sont celles de la série *sénile* et non dementielle.

Le processus nécrobiotique cortical, en tant qu'il se traduit par des plaques séniles, se cantonne presque exclusivement à la corne d'Ammon. Les altérations des cellules ganglionnaires sont à peu près limitées à une infiltration lipidique.

Il n'y a pas d'interruption neuro-fibrillaire, point capital qui

distingue la sénilité de la démence. Enfin, il n'y a pas d'athérosclérose, une condition essentielle de la longévité et de la bonne conservation cérébrale.

Il se peut que, par suite de la résorption périvasculaire dans la substance blanche, des voies d'association soient interrompues ; mais leur nombre doit être très limité.

En conclusion, chez cette centenaire, l'anatomie et la clinique montrent que, si le senium physiologique du cerveau se caractérise par des altérations spéciales, celles-ci n'entravent que peu ou pas la fonction et se distinguent nettement des lésions pathologiques, parenchymateuses et vasculaires, donnant lieu à des démences, et qui sont à tort comprises sous le terme de cerveau sénile.

M. COURBON. — Je ne saurais trop insister sur l'importance des faits apportés par les auteurs. En identifiant sur le cerveau des vieillards, les lésions produites par l'âge et en les séparant des lésions démentielles, ils fournissent le fondement biologique de la distinction psychologique qu'il y a lieu d'établir, ainsi que je l'ai essayé dans le *Journal de Psychologie* de 1927, entre l'affaiblissement mental d'involution sénile, phénomène physiologique auquel nul vieillard n'échappe s'il vit assez longtemps, et l'affaiblissement démentiel sénile, atteinte pathologique qui ne frappe que certains vieillards.

Il serait souhaitable que les auteurs publiassent l'observation clinique de leur malade, car il est rare de pouvoir observer une centenaire. Je viens d'avoir l'occasion d'observer, avec mon interne Leconte, une femme de 95 ans, exempte de tout délire et de toute démence, qui, 40 ans après avoir été acquittée en Cour d'Assises de l'assassinat de son mari, racontait, avec une précision et une passion émouvantes, toutes les circonstances, tous les préparatifs et toutes les conséquences de cet acte dont elle proclamait encore la parfaite légitimité et qu'elle se déclarait prête à recommencer s'il y avait lieu.

Contribution à l'étude des fractures et des luxations au cours des crises épileptiques, par MM. J. VIÉ et P. QUERON (*Travail de la Colonie familiale d'Ainay-le-Château*).

Connues depuis longtemps, les fractures et les luxations au cours des crises comitiales n'ont donné lieu qu'à un petit nombre de travaux de la part des psychiatres. Féré les cite en 1890 (les

Epileptiques et les Epilepsies) ; Charon consacre un article aux fractures spontanées qui surviennent pendant les accès (*Annales méd. ps.* 1899). Les chirurgiens les ont étudiées depuis Malgaigne et Nelaton, et l'on trouve de précieux renseignements dans la thèse de R. Bourgeois, élève de Lardennois (*Les Epileptiques et la Chirurgie*, 1904).

Ce sont là des accidents assez fréquents. Les uns sont sous la dépendance indiscutable du traumatisme direct de la chute telles les fractures du nez, du bassin, du crâne, des doigts, etc... Dans d'autres cas, l'action du traumatisme est indirecte (fractures du corps de l'humérus, du fémur, etc...). Dans les luxations de l'épaule, qui représentent 8/10 des luxations des épileptiques, dans les fractures parcellaires de la tête humérale, le rôle de la contraction musculaire semble par contre très important. Les deux observations que nous apportons font envisager cette pathogénie.

OBS. I. — *Fractures parcellaires des extrémités supérieures des deux humérus. Débilité mentale. Rachitisme. Crises très rares.*

S... Lucien, 49 ans, est placé à Bicêtre, en 1904, pour « mal comitial à forme non convulsive, avec gâtisme, vertiges, étourdissements, fugues et actes inconscients, emportements, colères » (D^r Charpentier, 14 janvier 1904) ; le 27 septembre 1910, il est transféré à l'asile de Chezal Benoit, où l'on signale des accidents vertigineux. Le 14 novembre 1928, il passe à la colonie de Dun pour travailler au jardinage.

La première crise semble avoir lieu au début de janvier 1926, elle provoque une *fracture complexe de l'extrémité supérieure de l'humérus gauche*. La radiographie (8 janvier 1926) montre une fracture de la tête, ainsi qu'une fracture parcellaire de la grosse tubérosité. La tête de l'humérus a complètement basculé, sa face articulaire est nettement orientée en dehors, tandis que la surface de fracture fait face à la cavité glénoïde. Un fragment de la grosse tubérosité s'est détaché et placé en avant. L'humérus découronné s'est porté en haut, chevauche la partie inférieure de la glène et la tête basculée.

En février 1926, Lucien S., impropre au travail agricole, est amené à la colonie d'Ainay-le-Château. Il s'y montre calme, se promène, fait des commissions pour ses nourriciers, n'a plus de crises vraies, mais seulement des vertiges, pendant sept ans.

Le 17 février 1933, le malade se présente le bras droit collé au corps, il soutient son avant-bras de la main gauche, et déclare être tombé une semaine plus tôt ; il porte encore à la face de nombreuses égratignures qui paraissent traduire une chute en avant dans une haie. L'amnésie est totale, Lucien dit seulement que depuis sept jours, il ne peut plus se servir de son bras. A l'examen, on constate

un gonflement diffus de la région scapulaire avec léger raccourcissement apparent au bras. La tête est en place, la moindre tentative de mobilisation provoque une douleur très vive, ainsi que la palpation de la région scapulaire. La radiographie (D^r Boulay) révèle une fracture de la grosse tubérosité, dont le fragment déplacé en avant se projette sur le centre de la tête humérale. Un appareil plâtré est appliqué.

Ces deux fractures ont laissé des deux côtés, comme il fallait s'y attendre, des séquelles importantes : grosse limitation des mouvements, atrophie musculaire, arthrite chronique des épaules avec craquements. La circumduction est impossible, l'abduction ne dépasse pas 20 à 25°, la projection en avant et en arrière se limite à 5°. L'amyotrophie prédomine au deltoïde, mais atteint toute la musculature des membres supérieurs. Le dynamomètre indique 10 kgr. des deux côtés à la pression manuelle.

Au point de vue général, Lucien S. apparaît physiquement comme un *rachitique*, mentalement, comme un *débile*.

De petite taille, il présente une légère scoliose et une cyphose dorsale supérieure. Le thorax est rétracté dans sa moitié gauche. L'hyperextension et même l'extension complète des coudes est impossible, les fémurs sont arqués. A droite existe une coxa-vara, à gauche, le tibia est rejeté en arrière. La face est asymétrique avec un aplatissement du nez peut-être traumatique. Le palais est ogival, les dents mal plantées, la langue étroite. Au cœur, on perçoit un léger souffle systolique, quelques frottements. Les extrémités sont froides et cyanosées. Le testicule droit est atrophié. Le réflexe rotulien droit est plus vif que le gauche, les stylo-radiaux non décelables, les réflexes pupillaires existent ; on note une paratonie nette.

Lucien S. est calme et docile. Il ne peut nous dire son âge, ni préciser aucune date de son passé, mais connaît le jour, bien qu'il hésite sur l'année. Il lit avec peine, mais comprend le sens général des phrases. Son niveau mental déterminé par les tests de Binet et Simon est de 8 ans et 2 mois.

OBS. II. — *Luxations récidivantes de l'épaule droite. Débilité mentale. Bon état général. Crises peu fréquentes.*

L. Charles est un solide garçon de 21 ans, bien musclé. Lorsqu'il entre à la Colonie d'Ainay, le 19 mars 1933, il nous met au courant de ses accidents convulsifs et des troubles de son caractère. Sa mère est morte diabétique, une sœur est mort-née, deux frères et une sœur sont bien portants. Il eut, à 7 ans, la première crise, se montra mauvais écolier, turbulent et têtu. Après un passage au patronage Rollet, un essai de placement à la campagne, qui échoua, Charles entra vers 13 ans à la colonie de Vaucluse, il y resta jusqu'en 1930, ne put s'entendre avec son père ni trouver de travail, il retourna à Vaucluse en juillet 1932.

Le jeune homme reconnaît franchement ses torts, avoue avoir été

menteur, grossier, son affectivité est conservée, il fait preuve d'une grande affection pour ses parents et se montre inquiet des charges qu'il leur cause. Il correspond régulièrement avec eux. Son niveau mental atteint 9 ans 2 mois. L'élocution est un peu difficile, Charles bégaye par instants et se perd dans des détails interminables. Son sommeil est troublé par des cauchemars dans lesquels il croit se disputer avec des camarades.

La face est légèrement asymétrique, le palais un peu haut, on note de la paratonie, de la viscosité motrice. Les réflexes tendineux, les réflexes de posture, les réflexes pupillaires sont normaux.

Depuis le début de son séjour, à Ainay, Charles est placé chez des paysans qui se montrent satisfaits de son travail. Toutes les six semaines environ, il a une forte crise convulsive sans signes prémonitoires, sans énurèse et actuellement sans morsure de langue, mais suivie d'un sommeil stuporeux et d'une amnésie totale.

Le 6 juillet 1933, on l'amène à la colonie avec une luxation antéro-interne, sous-coracoïdienne, de l'épaule gauche comportant tous les signes cliniques ; elle est réduite sous anesthésie.

Dès lors, chaque crise nouvelle est marquée par une récurrence de la luxation. Le 15 septembre, seconde luxation et réduction sous anesthésie. Le 16 novembre, troisième luxation : la crise s'est produite en présence de la nourricière et des camarades de Charles, qui ont pu éviter sa chute, *et constater que la luxation s'était produite avant qu'on ne l'eût étendu sur le sol* ; la réduction nécessite encore l'anesthésie.

Le 16 décembre, la 4^e luxation se produit devant les mêmes témoins qui remarquent encore l'absence de tout traumatisme. La réduction se fait spontanément le troisième jour, après tentative de réduction manuelle.

Le 31 janvier 1934, crise et cinquième luxation qui se réduit d'elle-même le lendemain. Le 26 février, dans la nuit, une nouvelle crise, le malade étant au lit, n'amène pas de luxation, mais de violentes douleurs dans l'épaule gauche.

Les mouvements de l'articulation depuis la quatrième luxation surtout sont restés limités, notamment l'abduction, qui ne dépasse pas 45 à 50°. La force musculaire du membre supérieur gauche est limitée : 10 kgr. au dynamomètre contre 25 kgr. à droite.

La radiographie (6 mars 1934) décèle une déformation préexistante du col huméral, allongé et ébauchant la forme d'une hachette, un décollement capsulo-périostique formant butte à la partie inférieure de l'articulation.

L'étude comparée de ces deux cas conduit à quelques réflexions sur le mécanisme de certaines luxations et fractures des épileptiques et sur l'importance des contractions musculaires au cours des crises.

Chez Lucien S..., rachitique chétif, au squelette fragile, on trouve, à l'occasion de crises exceptionnelles, mais violentes, des fractures parcellaires de l'extrémité supérieure des humérus, de la tête et des grosses tubérosités. Ces fractures parcellaires, bien connues depuis l'emploi systématique de la radiographie étaient rangées autrefois dans la classe des contusions et des entorses. Celles de la tête ont été rencontrées dans l'éclampsie par Pollosson ; celles de la grosse tubérosité sont dans bien des cas, d'après Tanton, dues, en l'absence de tout traumatisme, à la contraction violente et brusque des rotations externes. L'intégrité du toit de l'articulation écarte d'ailleurs l'existence d'un traumatisme direct important.

Le second malade est un type de ces luxations récidivantes dont Tavernier, dans son rapport au Congrès d'Orthopédie de 1929, a fait l'apanage des athlètes et des épileptiques. Nous ignorons si, dans notre cas, le traumatisme direct de la chute comme le voulaient Malgaigne et Nelaton, est intervenu pour créer la première luxation. On a constaté la spontanéité certaine des récidives : la luxation était réalisée avant la chute.

L'importance considérable des contractions musculaires dans ces fractures parcellaires et dans les luxations de l'épaule paraît démontrée par l'existence des luxations doubles au cours d'une même crise (cas de Walther, cité par R. Bourgeois), par celle des ruptures musculaires qui se produisent parfois dans le même cas au niveau des muscles scapulaires.

Enfin, dans nos deux observations, le même mécanisme musculaire peut être invoqué. La luxation antéro-interne, sous-coracoïdienne, qui est la forme typique dans l'épilepsie, met en jeu la contraction des muscles sus et sous-épineux, principaux rotateurs externes de l'humérus. La fragilité osseuse explique, lors de la contraction violente et brusque de ces muscles, l'arrachement de leurs facettes d'insertion sur le trochiter qui vient buter contre le rebord glénoïdien postérieur.

Ces lésions attirent enfin l'attention sur la puissance des contractions du groupe musculaire rotateur externe du bras au cours des crises et sur l'intérêt qu'il y aurait à préciser la distribution de ces contractions.

M. COURTOIS. — J'ai observé deux épileptiques chez lesquels les secousses convulsives déterminèrent la luxation bilatérale des épaules. Un premier sujet était un épileptique alcoolique qui, au cours de diverses crises, s'était 7 ou 8 fois luxé les deux épaules. Le second sujet que j'ai vu tout récemment était un

épileptique non alcoolique. Cette bilatéralité de luxation dans ces deux cas indique donc qu'une insuffisance constitutionnelle de l'articulation est nécessaire pour qu'un traumatisme aussi léger que la convulsion épileptique, puisse luxer la tête humérale.

Délire systématisé de jalousie conjugale,
par MM. Paul COURBON et Maurice LECONTE.

La jalousie est définie par Descartes (1) « une espèce de crainte qui se rapporte au désir qu'on a de conserver la possession de quelque bien ». Elle est donc l'expression de ce que l'on a appelé l'instinct de la propriété. « Elle est, dit Languier des Bancelles (2), aussi précoce dans l'espèce humaine que l'instinct d'appropriation... Le jaloux est un accapareur, et il n'est guère d'objets que l'homme n'éprouve le besoin d'acquérir et n'essaie d'accaparer. »

Quand l'objet convoité est l'amour d'autrui, la jalousie est dite amoureuse. C'est d'elle qu'il est ici question. On peut la définir : « la crainte de perdre la préférence d'une personne aimée », définition qui s'applique aussi bien aux cas d'affection simple qu'aux cas d'affection sexuelle.

La jalousie est un sentiment normal quand la crainte de perdre l'objet possédé est justifiée. Et l'on souscrit au jugement de la Rochefoucauld (3) : « La jalousie est en quelque manière juste et raisonnable, puisqu'elle ne tend qu'à conserver un bien qui nous appartenait ou que nous croyions nous appartenir. »

Elle devient un sentiment anormal quand la crainte de perdre l'objet possédé est injustifiée. Elle est alors injuste et déraisonnable puisque la possession du bien n'est pas menacée. C'est cette jalousie arbitrairement apparue dans des circonstances impropres à sa naissance, que le langage courant désigne en matière d'amour. Un amant jaloux est, pour le public, un amant ombrageux.

La jalousie devient passion quand la crainte de perdre l'objet possédé envahit tout le psychisme et domine toute l'activité du sujet. Une telle transformation est fréquente comme le prouvent l'observation quotidienne, l'histoire et la littérature.

Quant à la jalousie maladie, son identification n'est pas diffi-

(1) DESCARTES. — *Traité des Passions*.

(2) LARGIER DES BANCELLES. — *Nouveau traité de psychologie de G. Dumas*, t. III.

(3) LA ROCHEFOUCAULD. — *Maximes*.

cile lorsque ce sentiment s'accompagne d'autres perturbations psychiques : idées délirantes ou incohérentes, troubles de la mémoire, hallucinations, extravagances du comportement, etc... Elle l'est davantage quand ces perturbations sont plus discrètes dans l'alcoolisme au début où l'onirisme peut être très fugace, dans l'involution sénile où l'atteinte du jugement et de l'affectivité peuvent être légers, dans le délire paranoïaque, surtout lorsque la conduite de la victime donne quelque vraisemblance aux interprétations, enfin dans le délire de revendication qui se présente parfois avec les apparences de la validité mentale.

Dans ces cas, c'est le diagnostic entre la passion et le délire qu'il faut faire, diagnostic infiniment épineux et qui a été maintes fois discuté, notamment à la Société médico-psychologique en février et mars 1927, dans l'article de M. Capgras (1) et dans le beau rapport de M. Lévy-Valensi (2), au Congrès de médecine légale de 1931.

La femme que nous allons présenter a, pendant des années, donné l'illusion de ne pas délirer. A l'heure actuelle encore, elle peut, à des observateurs non spécialisés en psychiatrie, donner cette illusion, tant est habile sa réticence.

De l'examen de la malade, de la lecture de son dossier et du récit de son mari, on peut reconstituer les faits de la façon suivante :

Mme C. est âgée de 42 ans. C'est une ancienne femme de chambre qui s'est mariée il y a 5 ans, après avoir fréquenté son mari avant son mariage pendant une durée égale, au cours de laquelle naquit son premier enfant âgé de 8 ans. Le second est âgé de 8 mois. Elle-même n'a jamais été malade. Tout au plus, note-t-on, une fausse-couche qui s'est produite en 1924.

Rien n'est à signaler dans ses antécédents héréditaires, d'après ce que nous en savons. Au point de vue physique, on note une certaine exophtalmie, mais sans goître, ni tachycardie. Elle est bien réglée. Aucun stigmate d'alcoolisme ou de spécificité ne sont décelables. L'examen neurologique est négatif, ainsi que la ponction lombaire.

Cette malade est entrée dans le service le 3 février 1934.

Elle a été internée, sur la demande de son mari, auquel elle avait rendu la vie conjugale impossible par sa jalousie. Ils s'étaient connus dans un hôtel dont il était un habitué et où elle exerçait le métier de femme de chambre, bien estimée et en très bon accord avec les autres membres du personnel.

Lui-même est contrôleur d'autobus. Pendant longtemps, il a pris

(1) CAPGRAS. — Crimes et délires passionnels, *Ann. médico-psychol.*, 1927.

(2) LÉVY-VALENSI, — Les crimes passionnels. L'homicide passionnel, *Annales de médecine légale*, 1931.

pour des preuves d'amour les scènes dont il était l'objet. Il est très bien noté de ses chefs. Il a recueilli sa belle-mère chez lui. Le dossier le décrit comme un homme patient et débonnaire, aimant bien sa famille.

Sa femme est et a été toujours fidèle et irréprochable, dit-il. « Elle est même trop amoureuse, car elle se plaint de ma froideur et me reproche de ne m'amuser d'elle que deux ou trois fois par semaine. »

Les premières discussions datent du début du mariage, il y a de cela 3 ans et demi, alors qu'ils tenaient une première gérance de débit de vins à côté d'un hôtel. Ils n'y restèrent qu'un an et demi, car on les remercia à cause des scènes de la malade avec les bonnes de l'hôtel voisin qu'elle accusait de courtiser son mari. L'amour et la suggestibilité initiale de celui-ci firent même qu'il se plaignit à la patronne de l'hôtel de ses bonnes, qui avaient peut-être, disait-il, des gestes et des mines qu'il ne voyait pas.

Après ce premier renvoi, il décida que sa femme se contenterait de tenir son ménage et d'élever l'enfant. Mais les scènes de jalousie n'en continuèrent pas moins, le moindre retard du mari au logis donnant matière à des accusations d'infidélité.

Sur les instances de la femme mécontente d'une vie sans gains, on reprit au bout d'un mois une seconde gérance. Et les mêmes scandales avec les clientes recommencèrent. Le gérant allait-il délivrer en gare les marchandises d'une cliente, c'était à un rendez-vous qu'il se rendait. La gérante avait, à chaque instant, à l'adresse des clientes, des sous-entendus malveillants qui les éloignaient. Tant et si bien que les patrons, sous prétexte que le terme de grossesse de la gérante approchait, la remercièrent, il y a de cela 10 mois.

Mais ni l'accouchement, ni le repos, ni l'allaitement ne modifièrent l'humeur de la jalouse. Le mari était-il en retard le soir, c'est qu'il était resté avec une maîtresse. Devançait-il l'heure du retour pensant faire une agréable surprise à sa femme, elle voyait là la preuve que sa maîtresse n'était pas libre. Elle le suivait dans les rues, et jusque dans les water-closet, examinant son linge. Elle fouillait ses poches et remarqua sur son mouchoir des taches nacrées des plus suspectes, lui apportant la preuve de sa trahison. Elle le battait la nuit pendant qu'il dormait à côté d'elle. Une fois, elle le gifla chez sa sœur sous prétexte qu'il faisait de l'œil à une assistante. Pour empêcher son mari de voir les passantes et plus spécialement une voisine qui demeurait en face, elle les faisait vivre en reclus, bouchant les fenêtres à l'aide de rideaux et de meubles. Elle, naguère si économe de l'électricité, la laissait tout le jour allumée. Si, par hasard, le mari tentait d'ouvrir un instant les rideaux, elle le frappait à coups d'es-cabeau. Une fois, elle lui lança à la tête un plat dont la blessure l'obligea à s'aller faire panser à l'hôpital. Elle détruisit une vieille montre de famille héritée de son beau-père et à laquelle son mari tenait énormément.

Elle le suivit à maintes reprises pour l'épier, et se vanta d'avoir payé des agents pour le surveiller dans ses contrôles.

La nuit, elle lisait sur son calepin le nom des employés qu'il avait surpris en faute pendant la journée, puis elle allait les trouver pour le calomnier auprès d'eux et les exciter contre lui. Elle écrivait à ses chefs pour leur dénoncer son infamie conjugale. Pour le faire punir par eux, elle changeait en cachette, sur sa feuille de rapport, les heures qu'il avait inscrites de ses contrôles. Enfin, pour le couvrir de honte, elle annonça, par circulaire, à tous les parents, amis et connaissances, qu'il lui avait avoué avoir contracté la syphilis avant son mariage, et que cette vie de célibataire coureur, il continuait à la mener comme époux.

La prétendue rivale contre laquelle elle se montra le plus agressive fut cette voisine qui habitait en face et que son mari n'avait jamais rencontrée. Elle la suivait, lui faisant d'amers reproches, l'injuriant, la menaçant, si bien que cette femme et son mari se plaignirent et portèrent plainte au commissariat.

A l'asile, la malade a une conduite normale. Elle a conservé la conviction de la légitimité de ses griefs contre son époux, et s'efforce d'atténuer la rigueur des vengeances qu'elle avoue avoir exercées contre lui. Elle vante habilement ses propres qualités de ménagère économe, de mère de famille qui élève bien ses enfants, de fille respectueuse qui a fait venir sa vieille mère à son foyer, et de bonne épouse. Elle écrit à son mari des lettres affectueuses et attendrissantes sur sa triste condition de prisonnière. Elle lui promet d'être patiente et douce et le supplie de la faire sortir. A l'en croire, elle aurait tout pardonné et même tout oublié. Et pourtant, voici ce qu'elle écrit en même temps au médecin : « Ce n'est pas une idée, Docteur, ce que je sais sur cette femme et mon mari. Ils se connaissaient déjà depuis des mois. La preuve, c'est qu'en juillet dernier, il m'a apporté à choisir des lampes dont je n'ai pas voulu et j'ai appris depuis que la voisine avait travaillé autrefois dans les lampes, à Ivry. » Toutes ses maîtresses furent des filles de rien, répète-t-elle, en vantant ses propres vertus.

Par ailleurs, nous n'avons noté chez la malade aucune autre manifestation mentale pathologique ; pas d'hallucination, ni la moindre idée de persécution contre quelqu'un. Elle s'entendait bien avec ses patrons, ses camarades, tout le monde, sauf avec les femmes qui approchaient son mari.

En résumé, nous avons à faire à un syndrome constitué exclusivement par des idées de jalousie, et par des actes de vengeance contre le prétendu infidèle.

Il convient donc de se demander tout d'abord s'il ne s'agit pas simplement de *jalousie passionnelle* car les actes commis par cette femme furent moins graves que ceux qui remplissent quo-

tidiennement dans les journaux, la rubrique : drames de la jalousie. Ce sont des actes de haine. Et la haine n'est, d'après Spinoza (1), que l'épanouissement normal de la jalousie. « Si nous venons à imaginer, écrit-il, que l'objet se joigne à un autre par un lien égal à celui qui jusqu'alors nous l'enchaînait sans partage, ou plus fort encore, nous éprouvons de la haine pour l'objet aimé et de l'envie pour notre rival. »

Mais la multitude des interprétations, leur durée sans répit depuis plusieurs années, la polarisation de l'activité entière de cette femme dans le sens de la surveillance du mari, l'extravagance de cette surveillance qui avait transformé l'appartement en une maison complètement close où la lumière du jour ne pénétrait jamais, sont des preuves incontestables de délire.

De plus on ne trouve aucunement dans le passé de cette femme les nuances psychologiques qui, ainsi que l'a bien montré Diderot (2) caractérisent les amants jaloux. « Cette passion cruelle est petite, marque la défiance de son propre mérite, un aveu de la supériorité d'un rival... Les amants délicats craignent de l'avouer et les époux en rougissent. » Notre malade ne douta jamais de sa supériorité sur ses rivales, les accablant de mépris et méprisant davantage le pauvre homme par qui elle se fit épouser.

Alors que l'incertitude de la trahison est, ainsi qu'y ont insisté tous les auteurs depuis Montaigne (3) jusqu'à Raïga (4), en passant par Diderot, Ribot (5) et d'autres, une source d'angoisse torturante pour le jaloux lui-même, notre malade a eu, dès le début, l'assurance qu'elle ne se trompait pas dans ses accusations.

Il s'agit donc réellement de jalousie pathologique. Mais de laquelle ? Le *délire de jalousie alcoolique* doit être éliminé. Cette femme avare a toujours été sobre. Elle n'a jamais eu le moindre épisode onirique ou confusionnel. Elle n'a pas l'irritabilité d'humeur de l'alcoolique. A son arrivée, elle ne présentait pas plus de signe physique d'intoxication qu'elle n'en présente aujourd'hui.

Le *délire de jalousie d'involution sénile* doit être également repoussé. Elle n'a ni l'âge, ni l'usure de l'involution. Elle a 42 ans. Elle a un enfant, âgé aujourd'hui de 8 mois. Elle a encore ses

(1) SPINOZA. — *Ethique*, III^e partie.

(2) DIDEROT.

(3) MONTAIGNE. — *Essais*.

(4) RAÏGA. — *L'envie*. Alean, 1932.

(5) RIBOT. — *Logique des sentiments*.

règles. Son intelligence, sa mémoire, son affectivité n'ont rien perdu de leur vivacité.

L'hésitation du diagnostic est donc suspendue entre le *délire d'interprétation* et le *délire de revendication*.

En faveur du premier plaident les nombreuses interprétations. Contre lui plaide la pureté des idées de jalousie qui ne s'accompagnent d'aucune idée de persécution.

En faveur du second, on peut invoquer, en outre, les arguments suivants. Cette femme était sans méfiance dans les relations avec les personnes qui n'approchaient pas son mari. Elle fut toujours plus autoritaire qu'orgueilleuse. C'est sa propriété, l'amour de son époux, et non sa susceptibilité personnelle, son amour-propre qu'elle défendait. Elle a d'emblée été persécutrice et jamais persécutée. Elle est donc plus revendicatrice que paranoïaque.

Enfin ce cas prouve que contrairement à l'affirmation de Förstner il existe des délires de jalousie purs de tout autre alliage délirant.

M. LÉVY-VALENSI. — Comme les auteurs, j'estime que les délires de jalousie purs de toute idée de persécution ne sont pas une rareté. J'en vois trois ou quatre par an à la Clinique. Et la recherche des taches de sperme est une des réactions habituelles des femmes jalouses. Ces délires de jalousie sont difficiles à classer dans le cadre nosologique, car ils ressortissent à la fois, à la psychose interprétative et à la psychose revendicatrice, mais davantage à celle-ci qu'à celle-là.

Quelquefois, au lieu d'être continus comme chez la malade présentée, ces délires sont périodiques et constituent les équivalents d'accès mélancoliques. C'est le cas d'une femme que j'observe qui, trois fois par an, pendant quelques jours, fait un délire de jalousie conjugale et le reste de l'année est tout à fait normale.

Coïncidences familiales de démence précoce et de psychose périodique, par M. J. TINEL.

Au moment où nous assistons aux recherches si intéressantes qui permettent de rattacher peut-être certains cas de démence précoce à des processus spéciaux d'imprégnation tuberculeuse ou à l'action de diverses toxines microbiennes, il me paraît utile de rappeler qu'un certain nombre de cas aussi — et qui ne sont

peut-être pas des moins nombreux — peuvent être vraiment rapprochés de la psychose périodique.

On a plusieurs fois insisté ici même sur la difficulté du diagnostic entre les formes de démence précoce à rémissions quelquefois prolongées, et certains cas de psychose périodique à forme de stupeur et de confusion plus ou moins délirante. C'est peut-être qu'il n'y a pas de différence essentielle entre les deux.

Nous avons tous assisté à certaines évolutions de psychose périodique, maniaco-dépressive ou confusionnelle, dont les crises successives aboutissent, au bout de quelques accès, suivis d'abord chaque fois de guérison complète, à un état chronique d'affaiblissement psychique, d'inertie, de stupeur catatonique ou d'excitation délirante, que l'on peut en somme considérer comme des formes particulières de démence précoce.

Je voudrais insister aujourd'hui particulièrement sur certains cas de démence précoce authentiques qui coexistent dans une même famille avec des cas, non moins caractéristiques de psychose périodique, et qui posent ainsi, d'un point de vue un peu différent, le problème des relations possibles entre les deux affections.

OBS. I. — Le premier cas qui m'ait particulièrement frappé est celui de la famille T..., 4 enfants.

1° *Fils aîné : crises successives de mélancolie délirante.* Au mois de mai 1923, on amenait à Ivry, pour le confier aux soins du D^r Delmas et aux miens, un jeune homme de 23 ans, atteint depuis 4 mois déjà d'une violente crise de *mélancolie anxieuse délirante*, avec phases d'agitation anxieuse extrême et tentatives de suicide absurdes, alternant avec de longs épisodes de confusion mentale ou de stupeur, avec négativisme et stéréotypies. La crise avait d'ailleurs commencé par une courte période d'excitation maniaque évoluant rapidement, en quelques jours, vers l'agitation anxieuse délirante.

Malgré l'extrême gravité de la crise, l'absurdité du délire, les phases de stupeur et de négativisme qui faisaient vraiment craindre un début aigu d'évolution dementielle, ce malade a guéri complètement après un séjour de 9 mois en maison de santé.

En réalité, cette crise n'était pas la première. Sept ans auparavant, à l'âge de 16 ans, ce malade avait déjà présenté une première *crise* à peu près identique, ayant duré 9 à 10 mois, moins violente que la seconde, mais présentant, atténués, les mêmes phases et les mêmes caractères. Elle avait guéri assez complètement pour lui permettre de reprendre et de terminer ses études.

La guérison de la crise observée par nous fut si complète que le malade a pu, pendant 7 ans, diriger une importante affaire de représentation commerciale.

Mais sept ans après, en 1931, il a présenté de nouveau, à la suite de quelques ennuis d'affaires, une *troisième crise*, aussi grave que la seconde, se déroulant suivant les mêmes cycles, et qui paraissait évoluer, elle encore, vers la guérison, lorsque, au mois d'août 1932, il fut emporté en quelques jours par une infection intestinale grave avec broncho-pneumonie secondaire.

2° 4° enfant : fille atteinte de *démence précoce* à l'âge de 14 ans.

Après la guérison, un peu inattendue, du fils aîné à sa seconde crise, on nous amena à la maison de santé d'Ivry, une jeune sœur dont on nous avait caché l'existence, et qui présentait depuis l'âge de 14 ans, par conséquent depuis 5 ans déjà, un syndrome indiscutable de *démence précoce*.

Affaiblissement intellectuel, stupeur, mutisme, inertie, marmottement, gâtisme, tout cela entrecoupé d'accès d'excitation. Le début semblait s'être fait, à l'âge de 14 ans, par un accès excito-confusionnel aigu, suivi d'une phase de mélancolie délirante, qui ressemblait beaucoup aux crises présentées par son frère.

Il existait d'ailleurs chez elle, au cours de son inertie démentielle, de véritables crises périodiques d'agitation incohérente qui survenaient en général après 4 ou 5 mois d'accalmie et duraient chaque fois plusieurs semaines.

Cette jeune fille est restée 13 mois en maison de santé sans qu'on obtienne la moindre modification de son état. Elle est morte, je crois, 4 ou 5 ans après, au bout d'une évolution de 11 ou 12 ans, pendant laquelle le diagnostic de *démence précoce* ne s'est jamais démenti.

Mais, à côté de ces deux cas principaux, j'ai eu l'occasion de soigner plusieurs autres membres de la famille.

3° En 1930, le 2° enfant, jeune fille âgée alors de 28 ans, a présenté, à l'occasion d'un essai de noviciat, une *bouffée assez aiguë d'excitation maniaco-confusionnelle*, qui a duré 6 ou 7 semaines, et dont elle est parfaitement guérie.

Elle avait d'ailleurs présenté, à plusieurs reprises, depuis son adolescence, de petites crises de dépression anxieuse à forme surtout scrupuleuse.

4° En 1932, après la mort du fils aîné, le 3° enfant, fils âgé de 29 ans, est venu me consulter pour une *crise dépressive franche* avec asthénie, tristesse, anxiété, préoccupations hypochondriaques, impuissance au travail, qui a persisté environ trois mois.

Or, cette crise avait été nettement précédée, depuis l'âge de 18 ans, de plusieurs autres crises dépressives semblables, de même durée et de mêmes caractères.

5° Enfin, si je n'ai jamais rien observé chez le père, j'ai pu, à plusieurs reprises, traiter la mère, depuis 1922 jusqu'à maintenant, pour de petites crises dépressives, à forme psychasthénique, avec obsessions et scrupules ; les crises se sont, à ma connaissance, répétées à des intervalles assez variables, mais qui n'ont jamais dépassé 10 ou 12 mois et qui ont duré chaque fois plusieurs semaines.

Nous trouvons donc dans cette famille, sans autres antécédents héréditaires du reste :

Une mère cyclothymique, à crises dépressives courtes et assez rapprochées.

Un 1^{er} enfant — fils aîné — qui a présenté trois crises violentes et prolongées de mélancolie délirante, survenant à 7 ans d'intervalle, et suivies de guérison complète.

Un 2^e enfant — fille — atteinte de crises scrupuleuses à répétition, et qui présente, à l'âge de 28 ans, une bouffée confusionnelle parfaitement guérie.

Un 3^e enfant — fils — qui, de 18 à 29 ans, a présenté 4 ou 5 crises, franchement dépressives, et persistant chaque fois 2 ou 3 mois.

Une 4^e enfant, qui, à l'âge de 14 ans, entre d'emblée dans une évolution de démence précoce, à la suite d'une violente crise excito-confusionnelle.

Le cas de la famille V... n'est pas moins caractéristique.

OBS. II. — Le père et la mère sont de braves gens, employés des postes, chez lesquels je n'ai pu relever vraiment aucun trouble mental, aucune infection, aucun épisode psychopathique.

Mais sur les six enfants, cinq présentent des crises indiscutables de psychose intermittente ou périodique, et une autre est atteinte de démence précoce manifeste.

Fils aîné, âgé actuellement de 37 ans, a présenté depuis l'âge de 22 ans *trois crises d'excitation*, nettement caractérisées, bien que pas très violentes, et qui n'ont jamais duré plus de six ou sept semaines.

2^e *enfant*, fille de 35 ans, mariée, mère de deux enfants, est actuellement depuis six mois en pleine *crise de mélancolie anxieuse*.

Elle a présenté jeune fille, vers 18 ans, une première crise de « neurasthénie », puis, à 28 ans et à 31 ans, après la naissance de chaque enfant, a traversé chaque fois une période de dépression assez accentuée, persistant trois à quatre mois.

3^e *enfant*, fille âgée de 33 ans, que je n'ai pas vue. Elle est mariée au Portugal, sans enfant, mais elle semble actuellement traverser depuis près de deux ans une crise de *dépression asthénique*. « Elle est sur sa chaise-longue tout le temps », et « le médecin dit qu'elle n'a aucun organe malade ».

4^e *enfant*, fille âgée de 30 ans, est depuis 4 ou 5 ans en évolution manifeste de *démence précoce*.

Actuellement, on constate un état de ralentissement psychique et d'affaiblissement intellectuel ; indifférence, apathie ; ne s'habille et ne mange que sur commande. Indifférence affective ; négligence.

d'elle-même. Périodes de mutisme et de négativisme alternant avec des phases d'énervement discret, avec irritabilité et soliloques incohérents.

Cet état semble s'être établi lentement, progressivement, insidieusement, à la suite d'une véritable crise dépressive anxieuse, provoquée il y a 5 ans par une déception sentimentale.

5^e enfant, fille morte à 26 ans, à l'Asile, au cours d'une crise typique d'excitation maniaque.

Elle avait présenté, trois ans auparavant, une première crise d'excitation, soignée également à l'Asile pendant 5 mois et parfaitement guérie.

6^e enfant, fille de 27 ans, célibataire, présentant depuis plusieurs années, presque tous les mois, une petite bouffée excito-confusionnelle de quelques jours, à l'occasion des règles.

Dans ce cas encore, le sujet atteint de démence précoce se trouve intercalé entre une série d'enfants qui présentent des formes diverses de psychose périodique caractérisée.

Dans d'autres cas, c'est à la fois parmi les ascendants et les collatéraux, que se manifestent les crises de psychose intermittente ou périodique.

OBS. III. — Il y a quelques mois mourait, à la Villa Penthièvre, à Sceaux, une jeune fille de 25 ans, qui depuis 5 ans environ, à travers une série de manifestations psychopathiques, périodes de nervosité, bouffées anxieuses, crises de scrupules, phases de mysticisme, etc., s'était acheminée lentement vers l'état délirant paranoïde, où elle se trouvait depuis plus d'un an. Gros affaiblissement intellectuel masqué par un verbiage puéril ; maniérisme, caprices ; idées mystiques incohérentes aboutissant à une véritable anorexie mentale ; crises d'excitation coléreuse avec réactions impulsives, etc...

Il y a bien dans ce cas une hérédité tuberculeuse, puisque la mère est morte de tuberculose pulmonaire il y a 6 ans. Mais il existe aussi une hérédité psychopathique non moins importante.

Cette jeune fille était la deuxième de huit enfants.

Parmi ses frères et sœurs, un seul, jusqu'ici, à ma connaissance, a été malade. C'est le frère aîné qui a présenté, à 18 ans, une première crise de dépression mélancolique de 4 ou 5 mois, puis à 24 ans, il y a trois ans, une crise assez grave de *mélancolie anxieuse*, qui a duré 18 mois, et est actuellement parfaitement guérie.

Le père, âgé actuellement de 59 ans, a présenté, au cours de sa vie, cinq ou six crises de dépression mélancolique.

Un oncle, frère du père, était également atteint de crises dépressives.

La grand'mère paternelle a été elle aussi, à plusieurs reprises, atteinte de *mélancolie anxieuse*.

Il est, je pense, vraiment inutile de multiplier ces exemples ; j'ai cité ici trois cas plus particulièrement démonstratifs, mais je pourrais en rapporter bien d'autres, moins explicites peut-être, bien que suffisamment caractérisés. Ce sont du reste des cas bien connus et je crois d'ailleurs que chacun de nous pourrait facilement en retrouver de semblables dans son expérience psychiatrique.

Mais il me semble que le fait, si net dans ces cas, de démence précoce coïncidant, dans une même famille, avec des manifestations authentiques de psychose périodique ou intermittente, doit poser le problème de la communauté d'origine possible de ces deux affections.

Il y a bien longtemps que, pour mon compte, je me demande si la démence précoce n'est pas, assez souvent, le résultat d'une forme particulièrement grave, particulièrement destructive, de l'intoxication qui me paraît en cause dans la psychose périodique. La démence précoce pourrait être ainsi vraiment dans ces cas une psychose périodique qui a « mal tourné », et qui, en raison d'une activité plus grande des toxines fixées sur les centres nerveux, ou en raison d'une fragilité spéciale du terrain, aurait produit sur les cellules nerveuses électivement atteintes, des lésions destructives irréparables.

M. CEILLIER. — Il faut féliciter l'auteur de la documentation qu'il apporte. Il est rare de trouver des généalogies aussi complètement établies et celles-ci sont indispensables pour l'étude de l'hérédité. Avec M. Ségla nous avons rapporté l'observation de deux sœurs dont l'une qui paraissait démente précoce a guéri et dont l'autre qui paraissait maniaque pure n'a pas guéri.

M. Henri Ey. — J'insiste également sur l'importance de documents aussi bien recueillis. J'ai lu beaucoup de statistiques allemandes, même des plus récentes, concernant l'hérédité dans la psychose maniaque dépressive et dans la démence précoce. Il ne s'en dégage guère de clarté. Et la confusion ne se dissipe pas par la schizophrénie.

Les auteurs allemands modernes tendent à accorder une importance plus grande à la dégénérescence. Moi-même, je suis tenté d'accorder une importance plus grande que jadis à l'élément constitutionnel dans les psychoses.

M. CAPGRAS. — Avec M. Georges Dumas, nous avons observé un malade qui, d'une part, présentait lui-même des syndromes paraissant à la fois de nature cyclothymique et démentielle et

qui d'autre part appartenait à une famille dans laquelle on relevait la cyclothymie. C'était un jeune homme, ancien normalien, à l'intelligence brillante et cultivée qui, interné après la guerre par le Professeur Dupré pour démence précoce, sortit tout à fait guéri au bout de quelques mois. Pendant cinq ans, il reprit sa vie de littérateur et de conférencier avec de grands succès. A cette date, après une déception sentimentale, il fut réinterné avec un syndrome paranoïde qui dura un an. Il sortit une deuxième fois ayant recouvré son intégrité mentale et celle-ci persista encore pendant cinq ans lui permettant l'exercice normal de son métier de professeur. Un troisième accès avec agitation et maniérisme à forme hétérophrénique nécessita un nouvel internement pendant un an. Le retour à la liberté, malgré les apparences de guérison ne s'accompagna pas de la reprise des occupations. D'après ce qui m'en a été dit, le niveau intellectuel et la sociabilité seraient considérablement diminués.

Son père était un hypomane, sa mère une déprimée, un frère pendant la guerre se convertit et fit un accès de mélancolie, une sœur entra au couvent et n'y resta pas.

M. Georges DUMAS. — Ce qui était frappant chez ce malade, c'était la coexistence d'une ironie extrêmement subtile avec vivacité des associations comme celle du maniaque, et de troubles mentaux caractéristiques de la démence précoce.

M. René CHARPENTIER. — Les faits rapportés par M. Tinel sont particulièrement intéressants. M. Tinel a tendance à penser que la difficulté du diagnostic et du pronostic de certains cas tient précisément à ce que le même syndrome initial peut, suivant les circonstances, rester un syndrome de psychose périodique ou évoluer vers un état démentiel précoce.

Le même fait s'observe dans d'autres formes mentales et, en particulier, dans les psychoses puerpérales. Il nous est, je crois, arrivé à tous, en présence d'un état de confusion mentale aiguë post-puerpéral, de porter le pronostic favorable classique de la confusion mentale aiguë, et de constater pourtant ultérieurement que si ce pronostic est généralement confirmé, on voit dans certains cas dont le début n'a en rien différé des autres, ce pronostic favorable être infirmé par l'évolution et par l'apparition du syndrome de la démence précoce.

M. Georges DUMAS. — En effet, j'ai vu une confusion mentale de guerre aiguë se terminer par une démence précoce des plus nettes.

M. MARCHAND. — Cette discussion fortifie la thèse que je soutiens depuis bien longtemps qu'il n'y a pas de maladies mentales entêtées morbides, mais seulement des syndromes mentaux. A propos de la démence précoce et de la psychose périodique familiale, M. Tinel et les membres qui viennent de prendre la parole ont reconnu que ces psychopathies pouvaient se manifester par des états aussi différents que manie, mélancolie, confusion mentale, délire polymorphe, états mixtes, crises d'anxiété, torpeur, etc., et il ressort de la discussion que nous sommes incapables d'établir un pronostic ferme à propos de chacune de ces formes mentales. Certains malades tombent dans la démence précoce dès le premier accès, d'autres après plusieurs accès ; d'autres guérissent après plusieurs années comme Truelle et Leroy en ont rapporté des exemples. Cette incertitude dans le pronostic ne doit pas nous étonner et il est curieux de remarquer que nous, psychiatres, nous voudrions, en présence d'un état mental morbide, être plus précis que les collègues de médecine générale en présence d'une affection quelconque. Peut-on affirmer qu'une néphrite, qu'une cirrhose guérira ? En présence d'une tuberculose pulmonaire au début, peut-on dire quelle en sera l'évolution ? Il y a, comme on l'a remarqué depuis longtemps et comme vient de le rappeler M. Tinel, des familles dans lesquelles plusieurs membres sont atteints, les uns de démence précoce, d'autres de psychose périodique. Il s'agit de sujets chez lesquels il existe une fragilité spéciale du cerveau, fragilité qui se manifeste à l'occasion d'une intoxication, d'une infection, d'un léger traumatisme, de surmenage, d'un choc émotif, etc. ; il s'agit de sujets dont le seuil délirant est très voisin de la normale. Rien d'étonnant que ces tarés, suivant la cause qui les fait délirer, suivant le degré de vulnérabilité de leurs éléments psychiques, deviennent, soit des déments précoces, soit des périodiques. J'ajouterai que j'ai eu l'occasion d'examiner les cerveaux de déments précoces que je qualifie de constitutionnels pour les séparer des déments précoces encéphalitiques et je n'ai trouvé dans de tels cas que des lésions des cellules ganglionnaires sans réaction notable vasculaire et névroglique.

M. René CHARPENTIER. — Au risque de heurter l'opinion courante, et ainsi que je l'ai déjà exposé ailleurs, j'ai tendance à penser que, si l'on excepte le point de vue séméiologique et si l'on reste sur le terrain *nosologique*, il est permis de dire qu'en remplaçant la vieille conception des démences vésaniques par le vaste cadre nosologique de la démence précoce, on n'a pas gagné grand'chose.

M. GUIRAUD. — Comme vient de le faire remarquer M. Marchand, nous ne devons pas oublier que la psychose maniaque dépressive et la démence précoce sont de simples syndromes cliniques dont nous ne connaissons avec certitude ni la cause ni l'anatomie pathologique. Sous l'influence de la psychiatrie de langue allemande, d'abord de Kræpelin, ensuite de Krestchmer et de Bleuler, on a eu le tort d'oublier ce principe et de considérer les syndromes en question comme de véritables maladies mentales. De ce point de vue les séries d'observations rapportées par M. Tinel, et dont nous connaissons tous des exemples, peuvent paraître difficiles à expliquer. C'est pour des cas de ce genre que certains auteurs se demandent maintenant, non plus s'il s'agit de maniaque-dépressive ou de schizophrénie, mais bien quelle est l'importance héréditaire respective dans un cas donné du facteur morbide « syntonie » et du facteur morbide « schizothymie ».

D'autre part, au point de vue purement clinique et évolutif, je voudrais faire remarquer à M. Tinel que l'opposition entre la maniaque-dépressive et la démence précoce est moins accentuée qu'on ne croit généralement. Depuis Kræpelin, on admet que les démences précoces les plus authentiques peuvent guérir — au moins transitoirement — avec un déficit mental peu appréciable. C'est pourquoi je préfère employer le terme hétérophrénie de préférence à démence précoce, dénomination qui avec notre terminologie traditionnelle française implique l'incurabilité. Les premiers auteurs qui ont décrit la catatonie et l'hétérophrénie considéraient ces affections comme évoluant par accès, avec des périodes intercalaires normales ou à peu près. L'évolution vers la démence ou la chronicité peut être tardive ou même manquer. Le fait qu'un malade appelé dément précoce peut sortir de l'Asile, même plusieurs fois, n'implique pas que le diagnostic initial a été une erreur.

Quant à la maniaque dépressive, si les premiers accès guérissent facilement, l'évolution en est régulièrement grave. Les formes nettes versent presque toujours dans la chronicité sous forme de manie ou de mélancolie chronique ou avec un déficit de l'activité et de l'initiative rappelant la démence précoce. Comme le fait remarquer M. René Charpentier, l'ancienne conception de la démence vésanique ne manque pas de justification clinique.

M. René CHARPENTIER. — Il me paraît difficile de penser que les états intermittents conduisent « toujours ou presque

toujours » à un état démentiel, alors que nous connaissons tous des sujets âgés qui, après plusieurs crises d'excitation ou de dépression, mènent la vie normale des gens de leur génération.

M. TINEL. — La conclusion de cette discussion sur l'intimité des rapports entre la démence précoce et la psychose maniaque dépressive ne saurait être un retour aux conceptions périmées. Elle peut se formuler ainsi : « L'apparition de l'un ou l'autre des syndromes est fonction de la gravité des lésions produites dans les centres nerveux par les attaques toxi-infectieuses. »

M. René CHARPENTIER. — Et de la fragilité du sujet.

Syndrome psychopathique post-encéphalitique évoluant chez une périodique, par MM. Ch. RICHER fils, J. DUBLINEAU et P. RUBENOVITCH.

Les récents travaux français et étrangers relatifs aux psychoses post-encéphalitiques ont mis en évidence la fréquence, dans ces psychoses, de manifestations hallucinatoires de types divers : états oniroïdes ou oniriques, délires à forme paranoïde ou d'influence, etc. (Truelle et Petit, Steck, Claude et Ey).

Dans le cas que nous rapportons, l'affection a cliniquement évolué comme une psychose périodique à partir d'un épisode encéphalitique initial survenu en novembre 1931. L'allure des troubles psycho-sensoriels au cours de chacun des accès, l'importance en particulier de l'onirisme, ou des états oniroïdes, autorise à les considérer comme des manifestations évolutives de cette encéphalite. Par ailleurs, s'y sont associés des modifications du caractère, des épisodes hystéroïdes et anxieux ; enfin, bien qu'il s'agisse d'une femme de 50 ans, on ne peut manquer de noter la coïncidence entre l'évolution des troubles et l'apparition de la ménopause. Il y a là, au total, tout un ensemble de faits qui tirent leur intérêt de leur groupement autour de la notion de l'encéphalite du début.

OBSERVATION. — Mme L., 51 ans, allemande, sans antécédents héréditaires ni collatéraux spéciaux.

Antécédents personnels. — Milieu bourgeois. Etudes secondaires avec séjours à l'étranger, en France notamment. Mariée à 30 ans à un artiste peintre de sa nationalité, avec qui elle vit tantôt en Allemagne, tantôt en France, pour, finalement, s'installer à Paris, il y a 5 ans.

Réglée à 13 ans (aurait été assez nerveuse à ce moment). Migraines cataméniales. Frigidité habituelle. Ni enfant, ni fausse couche. Soif de maternité.

Caractère assez égal, malgré une tendance dépressive habituelle, dans les huit jours qui précédaient les règles.

Soucis pécuniaires sérieux en 1931, que L., au dire de son mari, aurait eu légèrement tendance à exagérer.

Typhoïde à 15 ans.

H. M. — I. Apparition, au début de novembre 1931, d'un état neuro-psychique caractérisé par :

1° Somnolence persistante, même dans la station debout et la déambulation.

2° Fièvre modérée.

3° Diplopie et ptosis, sans strabisme.

Le diagnostic d'encéphalite, porté en ville, est confirmé par le docteur Etienne Bernard, puis par l'un de nous, à l'hôpital A.-Paré. Durant son séjour, l'état persista, avec délire onirique, appel de personnes mortes, illusions de reconnaissance, excitation contrastant avec la somnolence. Durée de la fièvre et de l'onirisme : une huitaine de jours. Abcès de fixation. Disparition des paralysies oculaires. Sortie au bout de deux mois, apparemment guérie.

En réalité, le comportement s'était modifié : persistance d'une fatigabilité insolite, séjours prolongés au lit, somnolence, intérêt moindre aux choses d'intérieur. Surtout, apparut à ce moment une excitation sexuelle anormale, contrastant avec la frigidité antérieure. Les règles, à ce moment, étaient encore normales. Elles devinrent irrégulières au printemps de 1932, la dysménorrhée coïncidant avec l'apparition du nouvel épisode.

II. Récidive au printemps de 1932 : somnolence légère, diplopie (moindre que lors du premier accès), délire onirique du même ordre. Dans l'ensemble, cet accès fut moins grave que le premier. La malade sort à nouveau en bon état, après un nouvel abcès de fixation.

III. Vers la fin juillet 1932, elle entre pour la 3^e fois, à l'hôpital A.-Paré, à l'occasion d'un état d'excitation psychique (fugue hors du domicile et déambulation en chemise dans la rue). Cet état persista, avec méconnaissance systématique du mari, hostilité ; hauteur à son égard. Améliorée après dmelcothérapie, elle sort au 4^e mois. L'aménorrhée est définitive depuis le début de cet accès.

IV. Quatrième entrée le 4 novembre 1933, pour troubles psychiques. Après deux ou trois jours de troubles de l'humeur (instabilité, hostilité à l'égard du mari) apparut une excitation progressive, avec idées délirantes polymorphes, en particulier idées de maternité (demandait à son mari des nouvelles d'enfants imaginaires). Après deux mois d'état subaigu, l'excitation augmenta et nécessita l'internement, le 29 décembre, dans le service du Professeur Claude.

COMPORTEMENT A LA CLINIQUE. — Durant son séjour, le comportement de la malade passa par trois phases : une phase d'excitation, à type confuso-maniaque avec onirisme, une phase délirante simple, une phase de correction du délire, durant laquelle apparurent des manifestations hystériformes avec raptus vaso-moteurs.

I. PHASE D'EXCITATION DÉLIRANTE. — A l'entrée, le certificat suivant fut rédigé : « Etat maniaque. Hypermimie. Théâtralisme. Mutisme obstiné alternant avec propos agressifs ou dégoûtés. Menaces impulsives par intervalles. Cherche un instrument pour frapper. Négativisme. Rires bruyants, subits et passagers. Par moments, mimique hallucinatoire, mains jointes. Se bouche le nez (odeurs de pourriture). Examen somatique difficile en raison de l'impulsivité. Examen oculaire négatif. Réflexes rotuliens paraissant faibles. »

Cet état dura plusieurs jours, avec déchainements impulsifs menaçants, gesticulations, maniérisme, insultes, récriminations, impossibilité d'une conversation suivie. S'y ajouta une note confusionnelle et anxieuse par moments, avec désorientation, perplexité, incohérence, alimentation difficile. Comme la malade le dira plus tard, ce fut là une période d'activité onirique extrêmement marquée.

La ponction lombaire, le 4 janvier, donna des résultats normaux (alb. : 0,25 ; leuco. : 2,4 ; Bordet-Wassermann : 0 Benjoin : 00000.02210.00000). Pandy + léger (sang). Tension (couché : 15 mm.). Le Bordet-Wassermann est négatif dans le sang. Le Meinicke y est subpositif.

II. PHASE DE DÉLIRE SIMPLE. — Traitée par la pyrétothérapie (huile soufrée à doses croissantes), associée au bleu Trypan (en injections intraveineuses). L. se calme rapidement. Le 15 janvier, l'excitation a disparu. Le comportement de la malade au lit est normal, les réponses adaptées ; en réalité, au bout de quelques minutes, apparaît de la fuite des idées. Celle-ci aboutit à l'élaboration d'un délire imaginatif, à thèmes variables, avec propos érotiques et érotomaniaques, construction de scènes lubriques, préoccupations mysticothéosophiques, idées de grossesse et de maternité. Entre les différents thèmes, les liaisons sont floues, les idées délirantes affluent de façon intuitive, enrichies d'éléments d'action extérieure. Une question, un mot suffirait pour aiguiller le délire sur une voie nouvelle. Dans le cours de la conversation, apparaît la notion de *rêve*, spontanément évoquée par la malade. Voici, d'ailleurs, le compte rendu de quelques fragments de conversation :

a) *Notion de rêve, d'hypnotisme.* — Q. : Etes-vous malheureuse ici ? — R. : Je me cherche un rêve, je vis comme dans un rêve..., et de cette façon je me trouve heureuse partout... On m'a souvent hypnotisée.

b) *Erotisme.* — On m'a abîmé les nerfs à la charité...

Q. : Qui ? Pourquoi ? Comment ? — R. : (la malade rougit et de-

mande si ce n'est pas faire une mauvaise action que de dire tout ce qu'elle sait. Elle est très embarrassée pour s'exprimer au début, puis son trouble diminue). « J'ai appris de mauvaises choses sexuelles..., des choses effrayantes... (Evocation de scènes érotiques et scabreuses, auxquelles elle croit avoir assisté ou participé)... « Trois fois, on a voulu me tuer pour refaire sur moi les mêmes choses... » (On lui a mis des germes de singe dans le ventre. Polarisation érotomaniaque sur le médecin et ses assistants).

c) *Syndrome d'action extérieure.* — « Ramakrishna m'a dit : « Prends tout, subis tout..., tu ne mourras pas..., je te le défends. » Communications spirituelles avec lui et les Indiens : « Grâce à leur aide, je peux m'exprimer en anglais lorsqu'il y a des personnes gênantes... On se comprend sans parler..., par l'esprit. »

d) *Propos mystico-théosophiques.* — « Les catholiques ont voulu faire de moi une madone... On m'a dit que je suis une nouvelle Eve... L'humanité se renouvelle tous les deux mille ans. »

e) *Idées mégalo-maniaques de maternité.* — « On m'a laissé quatre enfants, mais j'en ai eu des millions... Ils vont repeupler le monde. »

f) *Perplexité.* — « Est-ce bien sûr que ce n'est pas mal de dire des choses comme ça ? Je ne serai pas punie pour vous avoir dit ça ? Je n'ai jamais dit de pareilles choses à personne. »

Cet état persiste les jours suivants.

Le 16 janvier, description de Ramakrishna : « Il est beau quand il a un nez crochu et habillé comme vous, en médecin, avec une blouse blanche, ou bien en infirmière, quelquefois il met des lunettes : c'est pour ne pas se faire reconnaître... »

Ses enfants ont été donnés aux prêtres pour renouveler le monde. Les quatre qu'on lui a laissés sont élevés par Picasso, qui, parfois, change de nom, s'appelle Monet. Elle-même, à un moment donné, a été Marie-Antoinette... Elle a l'impression d'avoir été morte : « C'est très désagréable... On serre ses dents cassées... La bouche se dessèche..., j'ai encore des plaies dans la bouche... »

Parle de son mari, des théories d'Einstein, continue en langue allemande.

Le 20 janvier, L. est toujours très calme... Mais, après quelques minutes de conversation normale, elle retombe dans ses constructions délirantes imaginatives, entrecoupées d'ailleurs de propos pertinents et adaptés. Néanmoins, les thèmes se sont modifiés : existe un doute délirant sur certains d'entre eux (idées de maternité, en particulier). Les idées d'influence persistent :

« Ramakrishna ? Ça commence à se perdre dans ma tête, ces choses-là... »

Et vous ? — Moi ? Ce n'est rien. On me fait faire du cinéma, je suis endormie, je le sens très bien... On prend ma personne... — Qu'est-ce que vous a dit cela ? — *Ce sont les pensées des gens et de moi-même que j'entends... »*

III. PHASE DE CORRECTION DÉLIRANTE. — Rapidement, ces éléments disparaissent à leur tour. La malade s'occupe dans son lit (broderie, couture). L'examen neurologique est pratiquement négatif, en dehors d'une certaine rigidité du masque. De plus, l'examen oculaire (D^r Du-bar) met en évidence (23 janvier) une légère difficulté de la convergence, quelques secousses rotatoires dans le regard latéral. Les pupilles, en myosis, réagissent paresseusement. On note, à gauche, un très léger flou des bords de la pupille.

Une nouvelle ponction lombaire donne des résultats normaux. La glycorrachie est de 0 gr. 55.

Le 3 février, on note : correction de toutes les idées délirantes exprimées auparavant : « C'étaient des imaginations que je confondais avec la vérité. »

Le 14 février, on la trouve souriante, aimable. Elle critique spontanément son délire récent, sauf sur un point (conviction que, pour la guérir, on a dû l'hypnotiser). Elle garde le souvenir précis des faits qui ont motivé l'internement.

Cela a commencé, dit-elle, comme toujours, par de l'hostilité à l'égard de son mari. Puis elle s'est sentie vivre pendant toute la durée de l'accès, « comme dans un rêve ».

Le jour de son entrée, « elle croyait qu'il y avait dans le bureau des odeurs épouvantables... » « J'étais sûre qu'il y avait Krischnamurthi derrière la porte. J'ai vu tout d'un coup son profil, qui était connu... Je croyais qu'on voulait me faire mourir en me faisant prendre des choses... mais je les buvais ensuite, quand il me disait que je pouvais les prendre. »

Je faisais des rêves terribles toute la nuit (allusions à des rêves obscènes)... visions d'hommes... Parfois aussi, elle avait dans ses rêves l'impression que le monde était plus joli... On lui montrait un petit enfant...

Durant cette période, L. prétend qu'à ces moments, elle entendait et comprenait tout, qu'elle essayait d'exécuter les ordres mais sans y parvenir.

Ces phénomènes de barrage ou d'inhibition eurent l'occasion de se reproduire au cours de deux crises nerveuses hystéroïdes qu'elle présenta durant cette troisième phase. Au cours de la première, survenue le 27 janvier, l'attitude de la malade, qui était en train de tricoter, devint subitement figée en station assise, avec inexécution des ordres. Le masque prenait un aspect de plus en plus anxieux. Les doigts étaient agités d'un tremblement menu, surtout marqué à droite. Les mains étaient moites. Le pouls était à 124, la température étant de 38. Les paupières, closes, étaient agitées de fibrillations, ainsi que les muscles péri-buccaux. Les globes oculaires paraissaient, quand on relevait les paupières, agités de secousses nystagmiformes menues et très rapides.

Au bout de cinq minutes environ, la malade poussait quelques

gémissements, puis paraissait revenir à elle : « Vous m'interrogez... J'entendais tout, je ne pouvais pas répondre. »

Parallèlement à cet état, une éruption papuleuse à type pseudo-urticarien apparut dans la région thoracique supérieure, puis s'étendit en descendant vers l'abdomen. Elle s'atténua à partir du bas, puis disparut, en même temps que disparaissaient le nystagmus, l'attitude figée, et que diminuait le tremblement.

L'après-midi, la malade fut somnolente. Elle eut quelques vomissements dans la nuit.

La deuxième crise (27 février) présenta le même aspect psycho-neuro-cutané, avec douleur au niveau de la zone ovarienne, mais sans fièvre. Elle fut dans l'ensemble moins intense que la première.

Interrogée sur ces manifestations, L. prétend qu'elle a acquis une hyperémotivité marquée depuis son premier accès encéphalitique.

Actuellement, elle est en bonne santé. Elle a pu quitter la clinique le 8 mars.

Plusieurs faits sont à retenir :

Au cours de quatre épisodes pathologiques successifs, le côté psychiatrique des troubles a pris une importance croissante. Chacun d'eux s'est d'ailleurs accompagné de manifestations oniriques ou oniroïdes. Ces dernières ont été particulièrement intenses au cours du dernier accès : l'état crépusculaire dans lequel a vécu la malade, répond aux faits décrits dans les psychoses post-encéphaliques. De même, l'atmosphère de rêve (entretenu, ou peut-être réveillée par la pyrétothérapie), avec la conscience vague, par moments, d'un état pathologique, les apports visuels ou auditifs, les constructions imaginatives ou intuitives à thèmes variables, plus ou moins bien juxtaposées, et dont la malade a gardé le souvenir. L'existence de ces troubles nous fait admettre que, entre les quatre épisodes successifs existe un lien évolutif, les trois derniers étant sous la dépendance du premier, lui-même nettement encéphalitique.

Nous noterons au passage que, au cours d'un état de nature somatique certaine, l'un au moins des thèmes délirants a été coloré par des préoccupations affectives anxieuses (idées de grossesse ou de maternité extériorisant des désirs non réalisés).

Deux autres points méritent d'être signalés :

1) En premier lieu, l'encéphalite initiale a coïncidé avec des troubles de la menstruation : dysménorrhée accentuée lors du deuxième accès morbide, aménorrhée à partir du troisième. On peut se demander dans quelle mesure il n'y a là qu'une coïncidence, et s'il ne s'agit pas d'une ménopause accidentelle de nature encéphalitique. D'ailleurs l'apparition de la dysménorrhée s'est

accompagnée d'un changement profond dans le comportement sexuel, la frigidité habituelle ayant alors fait place à une excitation anormale.

2) En second lieu, il faut retenir parmi les séquelles de l'encéphalite les modifications du caractère chez cette femme, devenue une émotive, et qui de plus a présenté, au décours de son quatrième accès, deux manifestations hystéroïdes et anxieuses, avec modifications neurologiques transitoires (tremblements, petits signes oculaires), apparition d'une éruption passagère et réactions vasomotrices intenses. On retrouve là un exemple des modifications de caractère, classiques, au cours des états post-encéphalitiques. D'autre part, la notion de barrages, ou d'inhibition accusée par la femme au cours de ces crises hystéroïdes, nous paraît un élément complémentaire permettant, sous certaines réserves, de les rattacher à l'encéphalite.

M. G. PETIT. — Ce cas ne nous apprend rien de nouveau. Il s'ajoute simplement à ceux que j'ai signalés depuis 15 ans, soit ici, soit à la société de psychiatrie et à ceux publiés par maints auteurs. Il rentre dans la règle que nous avons formulée avec M. Truelle dans notre rapport au congrès de Quimper en 1922, en disant que l'encéphalite épidémique peut déterminer les syndromes psychiatriques et neurologiques les plus divers; que chez le même individu ces syndromes peuvent varier, alterner ou coexister. Je pourrais par exemple citer une femme qui, pendant les 9 années dernières, a eu des périodes de rémission compatibles avec la vie en liberté et des périodes d'aggravation qui nécessitèrent son internement dans divers services de la Seine où chaque fois elle fut admise avec un diagnostic différent.

Le mot post-encéphalitique est inexact, car la maladie n'a jamais disparu. Il s'agit d'encéphalite chronique, c'est-à-dire d'un processus continu susceptible de réactivations comme ceux de la tuberculose et de la syphilis.

Hypertonie avec attitude en adduction des membres. Etat délirant sous-jacent de cause mal déterminée, par MM. CROUZON, J. DUBLINEAU et P. RUBENOVITCH.

OBSERVATION. — Mlle M., 26 ans, domestique, entre à la clinique le 17 octobre 1933, venant de la Salpêtrière avec le certificat suivant : « Arrivée dans une attitude figée, les bras collés au corps, la tête immobile légèrement penchée, attitude durant depuis deux ans et qui persiste actuellement, ayant provoqué des ulcérations sur le thorax.

De plus, elle présente des troubles psychiques, idées mystiques, mutisme, négativisme (refus d'aliments ayant contraint au gavage). Par moments, la malade aime refuser exprès les aliments et adopter volontairement son attitude. Elle ne veut pas guérir, dit-elle. (D^r Crouzon).

Le certificat immédiat portait : « Syndrome d'hypertonie musculaire à type de spasme de torsion. Conceptions délirantes sous-jacentes, mal extériorisées. Désir de mort. Alimentation restreinte volontairement. » (P^r Claude).

PRÉSENTATION. — *I. Etat somatique.* A l'entrée, l'attitude est celle décrite plus haut : au lit, M. reste recroquevillée sur elle-même, généralement en décubitus latéral, coudes collés au corps, tête fléchie et inclinée à droite, menton presque au contact des genoux. Les membres inférieurs sont également en flexion, accolés étroitement l'un à l'autre.

Malgré l'opposition de la malade, on arrive à venir à bout de certaines de ces attitudes ; M. d'ailleurs se lève spontanément ou au commandement. L'extension passive des membres inférieurs est aisée. Ces derniers retrouvent spontanément leur position normale dans la station assise. On peut également, quoique plus difficilement, défléchir le membre supérieur droit. Par contre, tout essai de réduction du coude gauche est impossible : l'avant-bras de ce côté peut à peine s'étendre au delà de l'angle droit. De plus, le membre ne peut être écarté du tronc : le coude s'enfonce dans l'hypocondre, faisant saillir la crête iliaque.

Les essais de réduction des attitudes aux membres supérieurs mettent en évidence une hypertonie manifeste. Il n'y a pas de tremblement. Malgré l'incommodité de la position, l'écriture est possible, quoique assez hésitante.

Le sommeil paraît réduire cette hypertonie. Une anesthésie à l'éther pratiquée le 31 octobre aboutit également à une réduction complète des attitudes vicieuses, qui reparaissent dès le réveil. Enfin, le 7 novembre, après une injection intraveineuse d'Evipan, qui permet la réduction sous anesthésie, on essaie de maintenir la nouvelle position au moyen de deux attelles en bois. Mais, au bout de quelques jours, il faut retirer l'appareil et l'hypertonie se reproduit immédiatement.

Les réflexes sont normaux, avec flexion de l'orteil. L'examen des yeux ne montre rien d'anormal, sauf quelques secousses dans le regard latéral extrême. L'état général est médiocre. Il existe au poumon gauche une diminution de clarté du sommet à l'écran, avec quelques fins nodules. M. ne tousse pas. La température est normale.

La ponction lombaire donne les chiffres suivants (10 novembre) : albumine : 0,35 ; cytol. : 0,5 ; Bordet-Wassermann : négatif ; Pandy : légèrement positif (sang) ; benjoin : 00000.02220.00000. La radiographie du crâne est négative.

II. Etat mental. L'examen est rendu difficile par l'hostilité de la malade, morose, boudeuse, parfois agressive, récriminant contre les médecins et le service, procédant par interprétations qui, à certains

moments, confinent au délire de persécution. Le tout évolue sur un fonds de dépression très accusé, avec raptus subanxieux, plaintes sur son état, qui contrastent avec l'opposition qu'on rencontre pour l'examen. M. est d'ailleurs assez ambivalente dans ses plaintes. On l'entend désirer la mort et en même temps dire qu'elle veut guérir, mais que pour cela elle a besoin d'aide et de réconfort moral. Elle se plaint de ce qu'on ne s'occupe pas d'elle et demande en même temps qu'on la laisse tranquille.

Interrogée sur les motifs de son attitude : « Je suis mieux ainsi », répond-elle... Elle se plaint de céphalée pariétale et occipitale intermittente. Elle-même rapporte tous les troubles qu'elle ressent à « sa tête qui est malade ».

A certains moments, on se heurte à des barrages, avec mutisme obstiné ou réponses vagues, qui peuvent faire penser que l'attitude est fonction, au moins partiellement, d'un délire chez une malade réticente.

Au total, état somatique, à type d'hypertonie réductible dans le sommeil anesthésique, état mental avec dépression, tendances interprétatives et peut-être délire sous-jacent, céphalée, tels sont les faits relevés chez la malade à son entrée.

DÉBUT DES TROUBLES. — D'après la malade — et sa famille — les troubles actuels auraient débuté il y a 2 ans 1/2, à l'occasion d'une contrariété d'ordre sentimental : placée comme femme de chambre à Aix-les-Bains, elle était fiancée depuis 4 ans. Sa mère la rappelle auprès d'elle et lui fait rompre ses projets de mariage. A ce sujet, il y eut entre les deux femmes plusieurs scènes violentes. A la suite de ces scènes, elle souffrait de maux de tête, s'isolait dans sa chambre, boudait en prenant une attitude à peu près semblable à celle qu'elle garde actuellement. Elle boudait ainsi pendant des heures, refusant de prendre ses repas, puis reprenait sa place dans le cercle de famille. Dans l'intervalle de ces accès de bouderie, son activité était normale. Cependant, par moments, il arrivait que, malgré elle, ses bras se fléchissaient et collaient au corps pendant quelques minutes.

Cet état dura pendant 6 mois. Elle eut alors une fièvre élevée, avec céphalée intense, refus d'aliments, peut-être état confusionnel. Au cours de cet état mal défini, elle prit définitivement la position décrite sur le certificat.

ANTÉCÉDENTS. — Si, au point de vue héréditaire et collatéral, on ne trouve rien d'anormal (M. appartient à une famille de 11 enfants, tous bien portants), il existe dans les antécédents personnels des faits spéciaux.

1° A 13 ans 1/2, M. fit une « maladie nerveuse » qui eut tous les caractères d'une chorée (gestes involontaires et incessants, surtout importants aux membres supérieurs).

2°. Entre 15 et 17 ans, elle a présenté plusieurs périodes de somnolence diurne, avec diplopie.

Réglée à 16 ans, elle fut toujours dysménorrhéique. Elle n'est plus réglée depuis août 1933.

TEMPÉRAMENT ANTÉRIEUR. — Caractère difficile : restait à l'écart, absence complète d'intimité avec ses frères et sœurs. Pour le travail, avait besoin d'être stimulée. Tendances à l'apathie dans toutes les circonstances.

Cependant, elle avait appris facilement à l'école. Restée dans sa famille jusqu'à 14 ans, elle s'était placée comme bonne, mais changeait souvent de place, parce qu'on la trouvait trop lente au travail.

Au total, on trouve chez M. des antécédents de type psychasthénique et schizoïde.

EVOLUTION. — Durant son séjour dans le service, la maladie a passé par plusieurs phases.

Traitée par des injections intraveineuse de bleu-trypan, M. s'améliore manifestement au point de vue mental et somatique. Elle se lève dès le matin, spontanément, fait sa toilette, s'habille elle-même, reste assise sur une chaise, s'occupant à des travaux de couture, se tenant plus droite. Le regard est moins fuyant, la parole plus rapide. Le contact s'établit facilement, M. parle et écrit volontiers. « Elle veut guérir pour retrouver son fiancé. » Pour cela, « il faut lui donner la force nécessaire ». « J'ai pensé bien longtemps que je n'avais pas envie de guérir, parce que j'avais trop de choses qui m'ennuyaient. Maintenant, j'ai envie de guérir parce que je pense moins à ces choses, je me distrais mieux, je m'occupe mieux. »

Les jours suivants, elle s'impatiente, réclame sa réponse, demande pourquoi l'on n'a pas convoqué son père, trouve qu'on ne lui dit pas de choses assez encourageantes.

Au début de décembre, de nouveau déprimée, elle est moins active et pleure souvent « à cause des moqueries des infirmières ». Elle ajoute : « Je n'en sortirai pas. » Elle ne dit rien spontanément, mais dès qu'on la questionne, elle demande avec insistance qu'on s'occupe d'elle : « Il faut non seulement les soins du corps, mais il faut aider le cerveau par la gentillesse. »

Elle fait un jour allusion à des « choses secrètes » qui la contraignent et l'empêchent de guérir. Avec beaucoup de difficulté, elle finit par dire : « Quand une malade fait quelque chose de mal, comme de mouiller son lit, on le met sur son compte. Les infirmières me le font comprendre par allusions... »

L'affection passe ainsi par des phases d'amélioration et de rechute, mais dans l'ensemble, après l'amélioration transitoire du début, on note une aggravation de l'état mental (accentuation de la dépression, renoncement à se soigner) et de l'état somatique (reprise et accentuation des attitudes antérieures). L'alimentation devient difficile.

Le 15 janvier, un fait nouveau se produit : ascension brusque de la température, qui atteint 40° et se maintient élevée, avec oscillations du soir au matin, assez fortes dès le début. La malade ne se plaint de rien, ne tousse ni ne crache. Langue saburrale, fibrillation des papilles. A part cela, l'examen somatique ne décèle rien. L'attitude de la malade est très contractée, rappelant absolument celle qu'elle avait à son entrée. Elle est devenue complètement hostile, presque agressive, et présente du mutisme et de l'opposition. Son appétit est devenu boulimique : le soir, elle se précipite sur sa voisine de chambre pour lui voler sa nourriture.

Le 23 janvier, apparaît à l'œil gauche un strabisme interne très marqué (la malade avait précédemment un léger défaut de convergence à ce niveau). Pas de nystagmus (autant qu'on peut en juger avec une malade très indocile). Pour le reste, état stationnaire.

Le lendemain, on note une accentuation du strabisme : l'œil gauche est déjeté complètement en dedans, la sclérotique n'apparaissant qu'à peine dans l'angle interne de l'œil gauche.

A partir du 26, le strabisme diminue. La malade reste toujours aussi contractée, hostile, mutiste, boulimique. La température continue à osciller entre 38°5 et 40°.

Le 30, l'examen oculaire révèle une persistance du strabisme interne spasmodique à l'œil gauche, et une légère stase veineuse des papilles sans œdème.

Au début de février, le strabisme a complètement disparu. La malade tousse un peu.

Le 6 février, la percussion du thorax semble révéler une submatité du côté droit. L'auscultation, très difficile, montre une diminution du murmure vésiculaire à gauche. L'examen direct des crachats (aspect de salive) est négatif.

Le 10 février, l'examen radioscopique des poumons montre une augmentation des signes présentés à l'entrée : l'ombre du sommet gauche s'est étendue sous forme d'une pommelure occupant les 2/3 du champ pulmonaire. Le diaphragme (qui était mobile) apparaît immobilisé.

Le 14 février, l'examen direct des crachats montre la présence de B. K. La malade se plaint d'insomnie. Pas de signes méningés.

Dans les semaines qui suivent, l'évolution tuberculeuse se poursuit. La malade est actuellement cachectique. La température reste oscillante. La présentation n'a pas varié. Des troubles psychiques secondaires sont apparus, à type d'onirisme très riche, avec fabulation, illusions visuelles ; vision de canaris sur sa main, chants d'oiseaux perchés sur son abat-jour : « C'est une paire de canaris que sa tante lui a envoyés, etc... » Cet onirisme est diurne et nocturne. Il n'y a toujours aucun signe méningé. Une nouvelle ponction lombaire donne un liquide normal à tous points de vue.

DISCUSSION

Plusieurs diagnostics pouvaient être discutés chez notre malade. L'apparition de l'hypertonie à la suite d'une déception sentimentale et de discussions familiales, l'absence (au début) de toute altération neurologique ou sensorielle, pouvaient permettre l'hypothèse de manifestations hystériques. En réalité, l'évolution ultérieure, avec existence de troubles oculaires manifestes, plaide contre ce diagnostic.

La taciturnité antérieure, la morosité, la bouderie, les préoccupations hypochondriaques, l'ambivalence de certaines attitudes auraient pu être retenues en faveur d'une démence précoce évolutive, catatonique. En fait, il y avait chez cette femme des attitudes fixées qui ne répondaient qu'imparfaitement à la formule de la catatonie classique. Par ailleurs, existaient des réactions dépressives et anxieuses, très éloignées de l'indifférence émotionnelle classique en pareil cas.

Dans quelle mesure un délire, mal extériorisé, pourrait-il être considéré comme la cause foncière des attitudes de la malade ? A certains moments, apparaissaient chez elle des idées délirantes de persécution, à type surtout interprétatif. Sans doute, dans les mois qui précédèrent sa mise en observation, la malade dût-elle avoir un délire hypochondriaque et mélancolique qui pourrait justifier son attitude.

Mais ce délire lui-même, peut-être avons-nous des éléments permettant de lui trouver une étiologie. A ce point de vue, il faut insister sur les épisodes probablement encéphalitiques apparus entre 15 et 17 ans. De plus, au début de la phase actuelle de tuberculose pulmonaire, se sont produits des troubles de la vue transitoires dont il faut souligner l'intérêt. Enfin, le psychisme particulier, la lenteur des réponses pourraient être assimilés à la bradyphrénie, aujourd'hui classique, de l'encéphalite.

S'est-il agi d'une encéphalite de même type que l'encéphalite classique ? La tuberculose qui s'est révélée brusquement il y a quelques semaines doit-elle en être considérée comme la cause ? Nous ne faisons que poser le problème.

Au total, hypertonie, état délirant à type mélancolique et hypochondriaque, le tout apparu chez une femme jeune ayant, dans ses antécédents, présenté des phénomènes de type encéphalitique, réapparition de signes oculaires transitoires au début d'une évolution tuberculeuse terminale, tels sont les éléments importants qui se dégagent de cette observation.

Syndrome paralytique d'origine indéterminée,
par M. A. COURTOIS et M^{lle} Elizabeth JACOB.

Il nous a paru intéressant de présenter à la Société un malade dont les symptômes complexes nous paraissent mériter la discussion. Il s'agit d'un syndrome paralytique clinique avec hémiplegie discrète ancienne, anémie notable ; les signes humoraux de la paralysie générale manquent.

L. Charles, 53 ans, graveur sur médailles, entre au service d'observation de l'Hôpital Henri-Rousselle, le 7 février 1934.

Il est envoyé par un médecin spécialisé avec le diagnostic de « paralysie générale probable », diagnostic qui est posé à nouveau à la consultation.

Antécédents familiaux. — Père alcoolique, mort d'une tumeur rénale ; mère, décédée, à 52 ans, d'une « anémie cérébrale ». Quatre sœurs sont mortes en bas-âge de « méningite ». Le frère présente un strabisme divergent.

Antécédents personnels. — Rien de notable jusqu'à l'âge de 18 ans. A ce moment, le malade a une fièvre typhoïde grave accompagnée de délire. Il a même gardé le souvenir de certains thèmes oniriques. Il voyait son père en costume Henri II, avec une culotte de peau à raies bleues et blanches, il voyait aussi « des montagnes de viande pour le pot-au-feu ».

En 1912, à l'âge de 33 ans, il a présenté une hémiplegie droite avec paralysie faciale et dysarthrie. Examiné à ce moment à la Salpêtrière, on n'aurait pas porté de diagnostic précis. On n'appliqua aucun traitement. Spontanément, tout rentra dans l'ordre au bout d'une dizaine de jours.

L. s'est marié deux fois. Sa première femme a contracté la syphilis dans des rapports extra-conjugaux. Son mari le savait ; il a été examiné plusieurs fois très attentivement par des spécialistes : les examens du sang ont toujours été négatifs et aucun traitement spécifique ne lui a été appliqué.

Il a, d'une seconde union, un fils de 12 ans bien portant.

La femme du malade signale que son mari a toujours, depuis son mariage, présenté des troubles du caractère, une gaieté exagérée, des emportements sans motif, ou bien il restait sombre et taciturne pendant plusieurs jours.

Pas d'alcoolisme, de tabagisme, ni, semble-t-il, d'intoxication professionnelle.

Le début des troubles mentaux est assez difficile à préciser. Depuis 3 ans, L. est devenu progressivement incapable de travailler. Il y a un an, les troubles se précisent : « Je me sentais sans forces », nous confie le malade, « je me croyais ruiné, acculé à la faillite. » A trois

reprises, il aurait alors essayé de se suicider, en tentant de s'ouvrir une veine avec une lame de rasoir.

Puis il a extériorisé des idées de richesse, faisant des promesses à tout le monde.

Depuis six mois, insomnie habituelle, craintes immotivées. Une nuit, il s'est levé brusquement, croyant à un guet-apens organisé par sa femme.

A plusieurs reprises enfin, le médecin traitant aurait parlé de poussées d'azotémie, mais nous n'avons pu avoir de renseignements précis sur ce point.

Toutes ces manifestations ont fini par inquiéter sa femme et ont motivé l'entrée dans le service.

Depuis son entrée, L. se présente avec une tenue très négligée ; il est malpropre, se débarbouille avec sa salive, urine sur le radiateur, crache parfois sur les infirmiers, ce qui ne l'empêche pas d'accueillir le médecin avec des formules de politesse exagérées.

Son mauvais état général contraste avec sa mimique mobile, euphorique. D'emblée, il accable son interlocuteur d'un bavardage logorrhéique avec brusques éclats de rire. Il présente une subexcitation motrice continue avec des paroxysmes violents qui nécessitent l'isolement.

L. exprime spontanément des idées délirantes absurdes de grandeur, de satisfaction et de richesse.

Il est roi, ou président de la République. C'est une situation de premier ordre. Il n'y a pas actuellement d'autre président de la République que lui, on lui a demandé récemment s'il préférerait aller à l'Elysée ou à Fontainebleau.

Il est parent du « Comte d'Halbray » (ne peut dire comment il l'a appris), il doit descendre d'un seigneur des croisades et demande que son nom s'écrive désormais en deux mots.

Les idées de richesse se projettent dans le passé et dans l'avenir, car il affirme être en ce moment dans la misère, mais on voulait le faire passer pour riche, pour frapper en lui le Capital. Il a perdu 200.000 fr. avec la crise et 27.000 fr. avec un Brésilien, mais qui lui en rendra 100.000.

Il est très heureux ici, on y mange délicieusement bien « des choses synthétiques ».

Cependant, il va partir bientôt en Amérique avec son ami Roosevelt.

Il nous propose encore de nous emmener faire une vaste croisière et voir tous les pays du monde.

Il fait des projets d'agrandissement de l'Hôpital : « Je vous promets tout ce que vous voudrez, car j'aurais autant d'argent que je le voudrais. »

Il présente, en outre, quelques idées de persécution très floues qui étaient plus marquées à son entrée à l'hôpital.

Il y a des bandes de dégoûtants, tous lui voulaient du mal, mais

principalement le marchand de briquets et le chauffeur. Un soir, dans le service, un agent de la sûreté est venu le transporter de la chambre 12 à la chambre 15 et on a tenté de lui faire une piqûre pour l'empoisonner.

Il extériorise certain sentiment d'influence : à plusieurs reprises, il a été « hypnotisé par la pensée » par un homme plus fort que lui. Il me faisait faire tout ce qu'il voulait... des tours de force... Refaire le lit de trois façons différentes et en cadence. Quand ses membres quittaient la cadence, il ressentait des sursauts douloureux.

Il a éprouvé, à plusieurs reprises, la sensation d'être mort ; étendu sur son lit pendant quelques secondes peut-être ; son cœur s'est arrêté, sa pensée a été suspendue.

Mais il nous exprime sa satisfaction d'avoir subi toutes ces épreuves ; il se sent rééduqué, et peut désormais signer son testament sain de corps et d'esprit. Ceci l'entraîne en de longs bavardages sur la franc-maçonnerie. Il nous répond, lorsque nous lui demandons son âge, qu'il a sept ans et demi ; en insistant, il donnera d'ailleurs son âge réel correctement.

Il nous confie le pur idéal, les tendances philosophiques qui l'avaient poussé dans la franc-maçonnerie, mais il n'y a trouvé que des bavards, pensant plus à eux qu'aux autres. Avec de grands éclats de rire et des airs entendus, il raconte comment il a été « initié », parle « des trois lumières », de « l'épreuve de la Grande Loge » et du « testament dans la cave ».

Son attitude, ses discours, sont fréquemment teints d'érotisme.

Enfin, ses propos, sa familiarité sont en rapport en partie avec ses nombreuses fausses reconnaissances.

Il nous reconnaît et nous a déjà rencontré dans des familles amies, il nous donne des noms. Une des infirmières est son ancienne bonne : Germaine. Doumergue est ici, il le tutoie, mais ne le connaissait pas avant de venir ici. Il s'est battu avec Daladier l'ancien Ministre de la Guerre... Appelez Marius... cela simplifiera les choses... Il m'a donné un coup de poing et je lui ai cassé deux dents.

Complètement inconscient de son état morbide, il nous vante, au contraire, ses qualités d'ordre et de méthode. Il avait très bon caractère, il fallait le pousser à bout pour le mettre en colère.

Nous n'avons pu pratiquer un examen systématique complet du fonds mental de ce malade, à cause de son inattention, de ses réponses sans effort et de son bavardage intarissable. Cependant, il ne paraît pas exister de gros troubles de la mémoire, et l'orientation reste assez satisfaisante.

Il existe une dysarthrie intermittente ; certains jours, le malade prononce sans accroc des mots d'épreuve difficiles, d'autres fois, même dans la simple conversation, la dysarthrie apparaît. Le malade lui-même s'en rend compte : « Je bredouille, je ne peux plus parler », dit-il, et il accuse ses persécuteurs de paralyser sa langue.

Tremblement lingual peu marqué. Tremblement digital surtout à

gauche. Exagération des réflexes tendineux. Ils sont plus vifs à droite (siège de l'hémiplégie ancienne) et on trouve de ce côté un signe de Babinski constant. D'ailleurs, la marche est normale. Il n'existe pas de diminution notable de la force musculaire, ni d'hyper-tonie de ce côté.

On est frappé, par ailleurs, de l'extrême pâleur du malade, marquée au niveau des téguments et des muqueuses. Il existe, de façon inconstante, un souffle de la pointe, ayant les caractères d'un souffle extra-cardiaque.

La tension artérielle est à 13-8 (Pachon).

L'examen oculaire (Dr Lagarde) montre des pupilles égales, réagissant à la lumière et à l'accommodation. L'acuité visuelle est normale. Cependant, l'oculiste note une insuffisance de la convergence à gauche, et au fond d'œil, une décoloration légère des deux papilles, plus marquée à gauche.

Examens biologiques. Sang : Bordet-Wassermann, Kahn, Meinicke, négatifs. Azotémie : 0,23 (3 février) et 0,44 (5 mars).

Liquide céphalo-rachidien (8 février) : albumine : 0,25 ; Pandy + ; Weichbrodt + ; leuco. : 1,2 ; benjoin : 00000.01210.00000 ; Bordet-Wassermann, Meinicke et Parégorique négatifs.

Deuxième ponction lombaire (6 mars) : albumine : 0,22 ; globuline : 0 ; leuco. : 1 ; benjoin : 00000.02200.00000 ; les autres réactions restent négatives.

Les urines sont normales.

Examens hématologiques (Mlle Salamon) (14 février) : 3.160.000 globules rouges, 4.600 globules blancs. La formule leucocytaire révèle un certain degré de polynucléose : lympho. : 16 ; moyens mono : 3 ; grands : 7 ; poly. neutro. : 73 ; éosino : 1 ; hémoglobine : 38 (Sahli) ; valeur globulaire : 0,61. Comme anomalies des hématies, anisocytose et poikilocytose assez prononcées.

Après traitement (extrait de foie, protoxalate de fer et arrhénal), nouvel examen hématologique (28 février) qui ne montre pas d'amélioration notable : 3.320.000 globules rouges, 5.000 globules blancs, formule blanche : lympho. : 36 ; moyens mono. : 7 ; grands : 2 ; poly. neutro. : 54 ; éosinophiles : 1 ; hémoglobine : 42 ; valeur globulaire : 0,63.

L'état du malade ne s'est guère modifié depuis l'admission. La turbulence est habituelle ; insomnie par périodes. Apyrexie. Alimentation facile. Cependant, le malade a perdu 2 kilogr. depuis l'entrée. Son état mental est sensiblement le même qu'au début de février.

En résumé, il s'agit d'un malade qui donne d'abord l'impression d'un paralytique général. L'affaiblissement intellectuel apparent, l'excitation psycho-motrice et les idées mégalomaniaques, la dysarthrie, le tremblement digital, l'exagération des réflexes tendineux, paraissent plaider en faveur de ce diagnostic.

Cependant, à y regarder d'un peu plus près, et même clinique-

ment, on relève certains symptômes anormaux. L'affaiblissement est sans doute plus apparent que réel, la dysarthrie est intermittente, enfin, il existe un signe de Babinski à droite, reliquat d'une hémiplégie ancienne, qui remonte à 20 ans, et cela n'est guère dans la note de la paralysie générale. Enfin, ce malade, qui, à l'occasion de la syphilis de sa femme, a été examiné souvent par des médecins avertis au moment d'une contamination possible et depuis, n'a pas présenté de chancre et les réactions du sang furent toujours négatives. Elles le sont encore actuellement, et les modifications du liquide céphalo-rachidien observées ne sont pas celles d'une méningo-encéphalite syphilitique. A la première ponction, augmentation légère des globulines (Pandy et Weichbrodt positifs). Cette anomalie n'est même pas retrouvée un mois plus tard.

Il semble donc que, malgré l'existence de cas de paralysie générale sans réactions humorales (1) — surtout chez des sujets traités — on ne puisse pas retenir ce diagnostic à propos de notre malade.

Aucun élément ne nous permet de penser à une « pseudo-paralysie générale » d'origine artériopathique, alcoolique, ou d'autre origine toxique. Une tumeur cérébrale reste cliniquement aussi improbable.

On pourrait penser encore à un simple accès hypomaniaque chez un « périodique ». Les sautes d'humeur antérieures du sujet, l'état dépressif avec idées de suicide qu'il présenta au début des accidents actuels, militeraient en faveur de cette hypothèse. De même, l'hérédité alcoolique paternelle et vésanique maternelle. Pourtant le début tardif (premier accès après 50 ans), les signes de lésion cérébrale organique, ne sont pas du cadre de la « psychose périodique » classique.

Ajoutons que ces signes, en particulier l'hémiplégie survenue il y a 20 ans, à l'âge de 33 ans, ne nous paraissent pas d'origine artérioscléreuse. Maintenant encore, il n'y a pas d'hypertension artérielle ni de signes d'athérome cardio-vasculaire. Nous pensons plutôt à une hémiplégie passagère dont le mécanisme nous échappe, mais comme on en observe parfois, longtemps après la maladie initiale (2), chez des sujets atteints d'encéphalopathies du jeune âge ou de l'adolescence.

(1) H. CLAUDE. — Paralysie générale sans syndrome humoral. *Rev. n. Neurol. a. Psych.*, Prague, mai-juillet 1931, p. 136-140.

(2) Voir, par exemple : Délire aigu post-opératoire par encéphalite. Thrombose de l'aorte et de l'illiaqué gauche. L. Marchand et A. Courtois. *Société Médico-Psychol.*, 10 novembre 1932, p. 460.

M. Tinel, qui a bien voulu examiner ce malade, a soulevé une autre hypothèse, à laquelle nous avons d'ailleurs pensé de notre côté. C'est la question d'un syndrome neuro ou plutôt psycho-anémique. La pâleur du malade, la diminution des hématies, de l'hémoglobine, de la valeur globulaire, sont des arguments en faveur de cette opinion. Mathieu, dans sa thèse (1), signale que dans les syndromes neuro-anémiques habituels, où les troubles médullaires sont constants et d'évolution subaiguë, les troubles mentaux peuvent être « tout à fait prédominants », mais sans « caractère bien spécifique ». Le délire de persécution serait fréquent. Mais l'anémie apparut il y a six mois et les troubles mentaux datent de trois ans.

Enfin, on pourrait encore penser à une encéphalite typhique ancienne. L'infection initiale fut grave et s'accompagna de délire. Dans la suite, persistèrent des troubles du caractère, des sautes d'humeur, des colères. Depuis trois ans, l'activité s'est progressivement réduite. Même la forme du délire et son thème sont ceux que l'on observe parfois après la typhoïde, ainsi que l'avaient signalé déjà les classiques qui avaient même pensé que la typhoïde pouvait conduire à la paralysie générale. Cependant, 30 ans après l'encéphalite initiale, sans troubles mentaux graves intervallaires, il est bien difficile d'affirmer avec certitude que c'est le diagnostic exact.

Peut-être pourrait-on admettre que, sur un cerveau initialement fragile (hérédité chargée), touché vers 18 ans par une inflammation d'origine typhique, la sénilisation cérébrale se manifeste précocement chez ce sujet par les symptômes que nous observons pour le moment.

Mais il nous faut reconnaître que nous n'avons pas actuellement d'éléments suffisants pour rejeter ou accepter l'un ou l'autre des diagnostics que nous avons exposés. Seule l'évolution et plus tard une vérification histologique nous apporteront la solution du problème clinique qu'il nous a paru cependant intéressant de poser.

La séance est levée à midi.

Le Secrétaire des Séances,
Paul COURBON.

(1) P. MATHIEU. — Etude clinique et anatomo-pathologique des syndromes neuro-anémiques, *Thèse de Paris*, 1925. Doin, éd.

Voir aussi : Anémie, paraplégie et syndrome hébéphrénocatatonique, G. Petit et Mlle Martrille. *Annales Médico-Psychologiques*, février 1931, p. 131-140.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du 1^{er} Mars 1934

Présidence : M. VURPAS, président

L'obésité hypophysaire et l'obésité hypothalamique,
par MM. J. LHERMITTE, J. de MASSARY et J.-O. TRELLES.

La première malade présentée, âgée de 25 ans, est atteinte d'une obésité frappant surtout le tronc et la racine des membres. Chez elle, aucun symptôme en rapport avec une altération possible des centres hypothalamiques. Chez la seconde, âgée de 14 ans, l'adiposité apparaît nettement pathologique, mais elle est moins excessive et s'associe à une série de désordres que l'on peut rapporter, sans hésitation, à une lésion des centres infundibulo-tubériens ; pollakiurie, hyperorexie, crises de sommeil diurne, dysménorrhée, aménorrhée.

Les résultats de la radiographie crânienne s'accordent parfaitement avec l'idée que la première malade est atteinte d'obésité d'origine hypophysaire et la seconde d'adiposité cérébrale ou hypothalamique.

Les auteurs insistent sur ce point que, lorsqu'on dit adiposité hypothalamique, on n'entend pas exclure, du mécanisme physiologique de l'adiposité, une perturbation de la glande hypophysaire ; on localise les lésions et non pas la fonction.

DISCUSSION

M. BAUDOUIN s'élève contre ces distinctions entre localisation de la lésion et localisation de la fonction.

M. ANDRÉ-THOMAS pense qu'il est très difficile de savoir si la lésion nerveuse agit directement sur le système nerveux ou indirectement par le système des glandes vasculaires sanguines.

Maladie de Friedreich fruste, par MM. L. BABONNEIX et ROUECHE.

Présentation d'une jeune fille chez laquelle sont survenus insidieusement, depuis quelques mois, les symptômes suivants : pieds bots et mains botes, steppage léger. A l'examen, ce qui domine, en plus de ces symptômes, c'est l'aréflexie tendineuse des membres inférieurs. Névrite interstitielle ? Atrophie Charcot-Marie ? Le cas n'y ressemble guère. Maladie de Roussy-Lévy, en raison du caractère familial possible ? Mais, à ce diagnostic, manquent bien des éléments. Force est donc de se rabattre sur l'hypothèse d'une maladie de Friedreich fruste, liée sans doute, si l'on accepte la conception de MM. Guillain et Mollaret, à des lésions localisées aux racines et aux cordons postérieurs.

DISCUSSION

M. MOLLARET insiste sur l'importance des variations de la chronaxie dans la maladie de Friedreich et de Roussy-Lévy.

M. TOURNAY a observé un cas semblable à celui de M. Babonneix, mais chez lequel le frère présentait une maladie de Friedreich typique.

(Discussion entre MM. MOLLARET, ANDRÉ-THOMAS et CHARPENTIER sur la valeur des épreuves chronaxiques que l'on considère, en général, comme plus physiologiques que cliniques).

Maladie de Schilder ? par M. TINEL et M^{lle} BADONNEL.

Présentation de deux frères atteints de cécité, idiotie, syndrome pyramidal avec atrophie musculaire.

Les auteurs ne peuvent conclure en faveur, ni d'une maladie infectieuse, ni d'une maladie familiale. Ils notent cependant l'aggravation du syndrome à la suite d'une rougeole ayant atteint les deux enfants.

Ils concluent, avec de grandes réserves, à une maladie de Schilder.

DISCUSSION

MM. LHERMITTE et ANDRÉ-THOMAS sont d'accord pour penser que cette affection ne peut être actuellement classée.

Contribution à l'étude des craniopharyngiomes : Perturbations morphologiques, génitales, psychiques (syndromes dissociés), par MM. P. PUECH, BISSERY et BRUN.

Les auteurs présentent une jeune fille, âgée de 22 ans, qu'ils ont opérée avec succès de craniopharyngiome. Ils insistent, au point de vue clinique, sur : 1° la persistance des règles ; 2° l'aspect radiologique de la selle turcique ; 3° le développement brusqué, au cours d'un syndrome progressif de compression directe du chiasma, d'un grand syndrome d'hypertension intracranienne apparu après traitement radiothérapique.

Ils mentionnent, en outre, qu'à côté des syndromes d'infantilisme hypophysaire classiques et généralement rapportés à une insuffisance hypophysaire, on voit fréquemment, dans les craniopharyngiomes, *des perturbations du développement très dissociées, infantiles par certains côtés, les patients sont (du point de vue morphologique, génital, psychique) normaux ou même fréquemment précoces par d'autres.*

Ménage de parkinsoniens, par MM. ALAJOUANINE et THUREL.

Le mari contracte, à l'âge de 18 ans, une encéphalite épidémique. Trois ou quatre ans après, survient un syndrome parkinsonien caractérisé d'abord par des crises oculogyres, ensuite par un héli-syndrome rigide à gauche. Le mariage a lieu avant l'apparition de la maladie de Parkinson. Quelques mois après, la femme présente elle-même des crises oculogyres d'hypertonie, également à gauche.

Les auteurs insistent sur la possibilité de la contagion et sur l'évolution parallèle des troubles moteurs.

DISCUSSION

MM. SOUQUES et BABONNEIX signalent des cas de contagion indiscutable de maladie de Parkinson.

M. BARRÉ insiste sur leur extrême rareté.

* **La poliomyélite zostérienne,**
par MM. J. LHERMITTE, André CAIN et J.-O. TRELLES,

Cette nouvelle observation s'ajoute à celles déjà publiées et démontre que les lésions du zona ne se limitent pas aux racines postérieures et aux ganglions rachidiens, mais atteignent, tout ensemble, la corne postérieure et la corne antérieure.

Dans ce dernier fait, les altérations de la substance grise antérieure, dans le segment médullaire correspondant au siège de l'éruption, sont fortement appréciables et caractéristiques, et se marquent par la chromolyse et la cytolyse des cellules radiculaires antérieures, la dilatation du réseau capillaire de la corne et surtout par l'existence de phlébites et d'artériolites très importantes au sein même de la substance grise antérieure. On peut suivre ainsi le cheminement du processus myélitique qui, parti de la pointe de la corne postérieure, gagne l'ambiance des cellules radiculaires antérieures. Cette constatation est d'un intérêt biologique et anatomoclinique, elle permet de comprendre le mécanisme des paralysies zostériennes indépendantes des lésions radiculaires et qui, quelquefois, surviennent dans des territoires très éloignés du siège de la lésion.

DISCUSSION

M. ANDRÉ-THOMAS signale l'existence de paralysies zostériennes périphériques dont le type de restauration est bien particulier.

M. SOUQUES a vu des paralysies zostériennes incurables et vraisemblablement d'origine centrale.

Un cas de maladie d'Addie, par MM. BARRÉ et KLIEN.

Présentation d'un malade dont les pupilles ne se contractent que très lentement et ne se décontractent qu'avec la même lenteur ; cette myotonie pupillaire avec anisocorie s'accompagnait d'arreflexie tendineuse.

Le début se fit vers 1915 par des névralgies dans la région de la nuque, puis survinrent des crises de diplopie passagère avec difficulté de percevoir les objets lorsque le malade passait de l'obscurité à la lumière.

Toutes les réactions de la syphilis sont négatives.

DISCUSSION

M. CHARPENTIER précise que, pour ADDIE, il y a myotonie à la convergence avec lenteur de la décontraction ; de plus, le syndrome est, le plus souvent, unilatéral et frappe de préférence les femmes.

Un cas de paralysie faciale avec dissociation de la motilité volontaire et automatico-réflexe, par MM. ALAJOUANINE et THUREL.

Il s'agit d'un malade qui présente une paralysie faciale du type périphérique, à la suite d'une section du nerf par balle de guerre. Les auteurs insistent tout particulièrement sur l'opposition entre l'abolition de la motilité volitionnelle et la conservation de la motilité automatique et réflexe.

DISCUSSION

M. ANDRÉ-THOMAS pense qu'il s'agit, dans le cas présenté, d'un processus vicieux de restauration avec erreur d'aiguillage, créant ainsi un « para-réflexe ».

Pierre MARESCHAL.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 24 Février 1934

Présidence : M. P. VERSTRAETEN, président

M. le Président rend hommage à la mémoire de S.M. Albert I^{er}, et suspend la séance en signe de deuil.

Troubles psychiques post-opératoires, par M. L. ELOY.

Relation du cas d'un garçon de 12 ans qui, à la suite d'une opération d'appendicite à chaud, fit une crise d'excitation psychique avec confusion mentale et hallucinations visuelles. L'auteur discute le rôle de l'insuffisance hépatique simultanément constatée, dans l'étiologie des troubles mentaux, et apporte certaines données statistiques sur la fréquence des troubles psychiques post-opératoires.

Atrophie de Pick, par MM. P. DIVRY, M. MOREAU, J. LEY et J. TITECA.

Etude anatomo-clinique du cas d'un homme de 59 ans qui avait présenté, depuis six ans, un affaiblissement global et progressif des facultés mentales, atteignant surtout la mémoire, l'attention volontaire et l'activité volontaire. Les auteurs rappellent que, chez ce malade, (qui avait été présenté à la Société en mars 1932), il existait une remarquable dissociation entre l'attention volontaire, fortement atteinte, et l'attention instinctive, plutôt exagérée. Les réactions du sujet étaient fortement influencées par les stimulations. La fonction du langage était profondément troublée, mais le malade ne se présentait pas comme un aphasique par lésion cérébrale en foyer. Les troubles gnosiques étaient difficiles à apprécier, en raison du déficit de l'attention volontaire. La parole spontanée se limitait à quelques phrases stéréotypées, d'ailleurs correctement prononcées. Il n'existait ni dysphasie, ni paraphasie, ni dysarthrie ni logoclonies, ni apraxie, mais de la paralexie et de la paraphragie.

Le malade mourut de pneumonie double. Les résultats de l'examen anatomique peuvent se résumer comme suit :

1° Il s'agit d'un type fronto-temporal de l'atrophie de Pick, dans lequel l'allocortex est entrepris au même titre que l'isocortex.

2° Il existe une atteinte modérée, décelable surtout par l'examen microscopique, des autres régions du pallium, sauf du lobe occipital.

3° Une dégénérescence lipo-pigmentaire accusée s'étend à toute la corticalité cérébrale, aux ganglions de la base, au cervelet, ainsi qu'au tronc cérébral. Le processus est donc diffus mais il prédomine d'une façon énorme au niveau des circonvolutions fronto-temporales.

L'imprégnation argentique montre, dans les cellules nerveuses, souvent gonflées, des boules argentophiles très particulières, dont la nature histo-chimique est difficile à préciser.

4° Le mode de désintégration est du type fixe, la présence de corps granuleux étant exceptionnelle.

5° Le tableau histo-pathologique comporte, à côté de la sclérose du pallium, une atteinte autochtone de la substance blanche dans ses parties profondes.

6° On ne rencontre ni lésions vasculaires, ni plaques séniles ; les altérations neuro-fibrillaires sont très localisées et très discrètes.

Paraspasme facial bilatéral, par M. LEROY.

Il s'agit d'un homme de 50 ans, sans antécédents pathologiques et sans tares héréditaires, qui, à la suite d'une grippe, présenta d'abord du blépharospasme avec clignotement, puis des contractures frémissantes survenant par crises et atteignant les orbiculaires des paupières, le frontal, les ailes du nez. Ces spasmes prédominaient du côté gauche de la face, avaient un caractère arythmique, étaient atténués par le calme, par le décubitus dorsal, disparaissaient pendant le sommeil et réapparaissaient une demi-heure après le réveil.

L'examen neurologique était complètement négatif. L'auteur passe en revue les cas analogues publiés dans la littérature, et pense qu'il faut attribuer ces phénomènes spasmodiques à une infection du système nerveux.

Étude anatomo-clinique d'un cas de paralysie générale juvénile,
par MM. L. DE VOS et LUDO VAN BOGAERT.

Un enfant chétif, né à terme, n'ayant pas présenté de convulsions dans l'enfance, très peu doué pour l'étude et très turbulent, présente, à l'âge de 12 ans, des manifestations comitiales caractérisées d'abord par des absences, puis par des crises épileptiques se répétant plusieurs fois par jour. Les réactions de la syphilis sont positives dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien, les pupilles sont rigides, il existe du strabisme et des troubles des réflexes tendineux. Ces symptômes ont résisté au traitement spécifique et le sujet est mort à 17 ans, après avoir présenté une déchéance corporelle et mentale progressive, avec démence profonde et gâtisme.

L'examen anatomique montre une méningo-encéphalite diffuse avec atrophie des circonvolutions, raréfaction des cellules ganglionnaires, surtout à la périphérie, prolifération gliale sous forme d'astrocytes fibreux, lésions de périvasculature.

Du côté du cervelet, il y a conservation de la couche moléculaire, mais atrophie de la couche des grains et disparition quasi-complète des cellules de Purkinje, qui sont remplacées par une bande de névroglie.

Il s'agit, en somme, d'une méningo-encéphalite analogue à celle de l'adulte, mais remarquable par l'intensité de l'atrophie cérébelleuse.

Syndrome extra-pyramidal dans la maladie de Pick,
par M. LUDO VAN BOGAERT.

Étude anatomo-clinique d'un cas de maladie de Pick, ayant présenté, au cours de son évolution, des mouvements involontaires du genre de ceux de la chorée de Huntington.

Il s'agit d'un type fronto-temporal de l'atrophie de Pick. La myéline est raréfiée dans l'axe des circonvolutions atrophiques. Il existe une réaction névroglique très importante dans la substance blanche et à la périphérie du cortex. Les cellules ganglionnaires sont tuméfiées, leur noyau est marginé, les corps de Nissl ont disparu, elles contiennent des corps argentophiles. On remarque un état spongieux de la 2^e couche, surtout dans la région pariétale. Dans des zones apparemment normales, on retrouve ces mêmes lésions caractéristiques. Il s'agit donc d'un processus diffus, mais à grosse prédominance fronto-temporale.

Dans le noyau lenticulaire et le corps de Luys, on retrouve des lésions analogues, mais la prolifération neuroglie y est beaucoup moins accusée.

Il est peu probable qu'il y ait un rapport important entre ces lésions et les symptômes extra-pyramidaux constatés

J. LEY.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

IV^e Réunion Plénière de la Société Anatomique

(Paris, 12-13 octobre 1933) (1)

Président : M. G. GUILLAIN

PREMIÈRE QUESTION

L'HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE

I^{er} RAPPORT

Étude expérimentale de l'hémorragie cérébrale,
par M. H. T. DEELMAN (de Groningue).

Après avoir montré combien l'opinion de Charcot et Bouchard, attribuant l'hémorragie cérébrale à la rupture d'anévrismes miliaires dus à un processus de périartérite, présentait de grandes difficultés d'interprétation en raison de la multiplicité fréquente des foyers, l'auteur rappelle que Rochoux, dès 1883, a émis l'idée que l'hémorragie cérébrale ne survenait que dans un tissu cérébral déjà désorganisé. Cette idée, reprise plus tard par Rosenblath, aboutit à la conception que la grande hémorragie cérébrale se produisait à la suite de la fusion de plusieurs petites hémorragies par diapédèse occasionnées par un ramollissement néphrogène et fermentatif de la substance cérébrale. Rupture ou diapédèse ? telle est la question qui se pose.

Le rapporteur a cherché à imiter chez le lapin les phénomènes de l'hémorragie cérébrale humaine par rupture en injectant le propre sang

(1) *Ann. d'anat. path. et d'anatomie normale médico-chirur.*, n° 8, novembre 1933, p. 969.

de l'animal dans le cerveau. On constate comme dans l'hémorragie cérébrale, dans le voisinage du sang injecté, de petites hémorragies d'ordre secondaire qui sont de caractère diapédétique.

Dans une seconde série d'expériences, l'auteur a tenté de reproduire par expérimentation une oblitération partielle des vaisseaux cérébraux; il s'agissait de voir si dans ces circonstances une hémorragie se développait. Il a introduit chez le lapin, dans l'artère carotide primitive, de la poudre de verre de plomb mêlée à du beurre de cacao. Les résultats furent les suivants: dans le cerveau on voit des hémorragies d'ordre diapédétique présentant toutes les particularités des hémorragies cérébrales humaines (nécrose du tissu, hémorragies punctiformes, hémorragies annulaires, nécroses des parois des vaisseaux). Ces expériences permettent de conclure qu'il y a un rapport entre les hémorragies cérébrales et un infarctus hypérémique.

Conclusion : l'hémorragie cérébrale peut avoir une genèse complexe : tantôt c'est une hémorragie par diapédèse qui est suivie d'une hémorragie par rupture, tantôt c'est une hémorragie par rupture et des hémorragies punctiformes se forment dans l'entourage soit par déplacement du sang, soit par diapédèse.

11^e RAPPORT

Des attaques d'apoplexie et de leur pathogénèse, par M. P. H. SCHWARTZ (de Francfort sur le Mein).

Après quelques remarques historiques sur les théories des attaques d'apoplexie, l'auteur expose les recherches de Ricker sur les troubles circulatoires fonctionnels, fluxion, anémie, ischémie, stase, les phénomènes les plus importants se passant dans les artérioles, les capillaires et les veinules même dans le cas où c'est le tronc d'un arbre vasculaire qui a été atteint. Il passe en revue les troubles circulatoires engendrés par les traumatismes, par l'embolie, par la thrombose artériosclérotique.

Dans un groupe spécial, il classe les attaques d'apoplexie survenant au cours de l'hypertension artérielle essentielle ou « apoplexie hypertonique » dans laquelle l'occlusion vasculaire fait défaut; l'attaque apoplectique n'est qu'un épisode au cours d'une maladie qui s'accompagne d'hypertension. Alors que les foyers par occlusion vasculaire embolique et artériosclérotique sont le plus souvent caractérisés par des hémorragies punctiformes situées côte à côte et que les foyers massifs y sont plutôt rares, ce sont ces derniers qu'on rencontre fréquemment dans l'apoplexie hypertonique. On y observe aussi des foyers de ramollissement non hémorragique.

Dans l'apoplexie hypertonique, l'augmentation de la pression artérielle joue un rôle essentiel. Les hémorragies punctiformes se rencontrent dans les trajets terminaux, capillaires, petites veines. On n'y note pas de ruptures vasculaires, mais souvent des foyers de ramollissement non hémorragiques. Pour Schwartz, dans cette forme d'apoplexie, la surcharge mécanique prolongée, à laquelle l'artère est soumise par suite de la tension artérielle, entraîne une hypersensibilité de la paroi qui se traduit par « une tendance à la stase ». Une simple poussée hypertensive suffit pour déclencher tout le cycle évolutif des lésions de stase et des destructions tissulaires qui en résultent.

Les lésions de l'apoplexie hypertonique occupent généralement les mêmes régions (cérébrale moyenne et ses branches striées) que celles qui sont le résultat d'une occlusion vasculaire. Ceci semble dû à la disposition particulière de ces artères (trajet rectiligne, disposition perpendiculaire).

L'apoplexie hypertonique peut s'observer dans des cas où on ne trouve aucune trace de sclérose des artères cérébrales. Quant aux anévrismes miliaires décrits par Charcot, ils ne sont pas la cause de l'attaque d'apoplexie, mais des phénomènes concomitants ; il s'agit de pseudo-anévrismes, d'hématomes de la paroi vasculaire. La nécrose des vaisseaux, si fréquente dans les foyers d'hémorragie, serait la conséquence du trouble circulatoire apoplectique et non pas sa cause.

III^e RAPPORT

Pathogénie et physio-pathologie de l'hémorragie cérébrale, par M. J. LHERMITTE (de Paris).

Si la clinique et l'étiologie lointaine ou immédiate ne donnent point la clef de la physio-pathologie de l'hémorragie cérébrale, elles apportent quelques données utiles à la compréhension du problème de l'apoplexie. L'artério-sclérose et l'athéro-sclérose jouent un rôle favorisant mais non essentiel. L'hypertension vasculaire permanente ou paroxystique, avec son accompagnement de crises vasculaires angio-spastiques, de dysrégulation chimique du sang, la néphro-sclérose restent les facteurs pathogéniques dominants. L'apoplexie traumatique tardive démontre qu'une apoplexie vraie, en tout semblable à l'apoplexie spontanée, peut se réaliser chez des sujets jeunes, indemnes de toute tare rénale, de toute charge héréditaire et même d'hypertonie.

Les facteurs immédiats tels que : efforts musculaires, colère, émotion, surmenage, intoxication, l'ivresse alcoolique, les traumatismes directs, sont centrés autour des circonstances qui favorisent les à-coups de la tension sanguine.

Les données anatomiques les plus récentes permettent de résoudre en partie le problème pathogénique. Il est acquis que la thèse de l'anévrisme de Charcot et Bouchard n'est pas exacte, que le soi-disant anévrisme est non une cause mais un effet de l'hémorragie. Les altérations de l'artério-sclérose, de l'artériolo-sclérose et de l'athérome sont contingentes. Elles font défaut dans de nombreux cas. Quant aux réactions du type inflammatoire que l'on observe autour des vaisseaux qui centrent les foyers hémorragiques, ce sont des phénomènes réactionnels secondaires à la destruction d'une partie du parenchyme cérébral ; de plus, dans les constatations anatomiques, rien ne démontre la réalité d'une rupture vasculaire à l'origine de l'apoplexie ; d'ailleurs, fréquemment, on rencontre, dans le cerveau, des foyers apoplectiques distincts et de même âge.

L'hémorragie cérébrale massive apparaît donc comme liée à un processus différent de la rupture grossière d'une artériole. Ce qui saigne, ce sont des artérioles, des veinules, des capillaires appartenant au même arbre vasculaire.

En dernière analyse, deux conditions semblent nécessaires au développement de l'apoplexie : un trouble vasculaire local, d'une part, une altéra-

tion physico-chimique du tissu cérébral, d'autre part. Tout trouble passer de la circulation, un spasme, comme en présentent les hypertendus, engendre, par anoxémie, une désagrégation tissulaire, l'angéio-nécrose des parois vasculaires, et secondairement, une surpression locale avec, comme conséquence, l'extravasation sanguine.

Dans la deuxième partie de son rapport, l'auteur étudie la physiologie pathologique des manifestations cliniques de l'apoplexie cérébrale. Il envisage les perturbations en rapport : 1° avec la compression directe des hémisphères (coma, symptômes cérébelleux et bulbaires) ; 2° avec la destruction du tissu cérébral ; 3° avec l'hypertension du liquide céphalo-rachidien (stase papillaire, aréflexie temporaire, glycosurie, hyperthermie) ; 4° avec l'irritation de l'encéphale (dilatation pupillaire, crises convulsives, hémicédème, etc.) ; 5° avec la résorption du sang (fluorescence spéciale du sérum sanguin, torpeur cérébrale, etc.).

DISCUSSION DES RAPPORTS

M. Jean BARBIER. — Il fait remarquer que l'hémorragie cérébrale est exceptionnelle à la période d'état de la maladie hypertensive et que les hémorragies cérébrales juvéniles s'observent en dehors de toute hypertension et souvent avec des tensions basses.

M. WEGELIN attire l'attention sur les hémorragies cérébrales dans les maladies du sang et les diathèses hémorragiques générales. Il faut, dans ces cas, supposer une lésion des capillaires qui entraîne l'hémorragie par diapedèse. Pour lui, il existe des hémorragies cérébrales par rupture d'artère (apoplexies foudroyantes). Dans certains cas, l'hémorragie cérébrale consiste en une sorte d'infarctus hémorragique qui, d'après M. Deelman, peut se produire aussi bien après l'embolie qu'après la thrombose d'une artère ; il ne s'explique pas comment beaucoup de foyers de ramollissement restent anémiques.

M. BARRÉ montre la difficulté du diagnostic différentiel entre hémorragie et ramollissement. Généralement, un syndrome de déficit pyramidal traduit le ramollissement et un syndrome d'irritation pyramidal traduit l'hémorragie ; mais, dans nombre de cas, les deux syndromes s'intriquent, car ramollissement et hémorragie coïncident.

M. René HUGUENIN. — Chez des vieillards, chez lesquels on trouve réunies la plupart des causes que l'on dit à la base de l'hémorragie cérébrale, les cas d'hémorragie cérébrale sont exceptionnels.

COMMUNICATIONS SUR L'HÉMORRAGIE CÉRÉBRALE

Hémorragie cérébrale et hypertension artérielle expérimentales.
Dédutions thérapeutiques, par MM. P. WERTHEIMER, J. DECHAUME et FONTAINE.

Les injections sous-durales peuvent donner lieu à des accidents mortels où s'associent : 1° des modifications dans le transit du liquide céphalo-rachidien avec blocage, hydrocéphalie interne aiguë et distension du III^e ventricule ; 2° une hypertension artérielle progressivement croissante d'origine cérébrale ; 3° des hémorragies cérébrales à distance de tout traumatisme, déclanchées par l'hypertension artérielle brutale.

Deux cas d'hémorragie ventriculaire, par M. H. BRUNSCHWEILER.

L'enchaînement des symptômes permet de suivre, comme à la trace, le parcours de l'hémorragie dans les ventricules cérébraux.

Note anatomo pathologique sur 10 cas d'encéphalite psychosique hémorragique, par MM. L. MARCHAND et A. COURTOIS.

Les observations concernent des malades qui ont présenté un syndrome de délire aigu. Ces complications hémorragiques sont intéressantes puisqu'elles surviennent chez des sujets souvent très jeunes, non artérioscléreux, non hypertendus, non syphilitiques. Les lésions sont les mêmes que celles des encéphalites hémorragiques qui surviennent comme complication des maladies infectieuses du jeune âge. Plusieurs processus ajoutent leurs effets : 1° un élément toxi-infectieux qui détermine la phlébite des petites veines méningées et leur thrombose ; 2° un processus mécanique qui entraîne, soit la dilatation avec diapédèse du sang, soit la rupture des veinules et capillaires tributaires des veines méningées thrombosées ; 3° le ramollissement aigu du parenchyme nerveux. Parfois, et non constamment, un épanchement sanguin plus ou moins massif peut, secondairement, se former dans la zone ramollie.

De la saignée dans le traitement de l'hémorragie cérébrale, par M. E. BERNARD.

Après une hémorragie cérébrale, il faut redouter une émission sanguine copieuse ou une émission sanguine brusque, surtout si l'individu est âgé et artério-scléreux. Si le sujet est jeune, une saignée modérée ne présente pas les mêmes inconvénients.

Contribution à l'étude de l'histo-biochimie de l'hémorragie cérébrale. (Recherches sur la régression chimique du pigment du sang du foyer apoplectique), par M. E. de BALOGH.

L'abondance d'hématoïdine dans les tissus hémorragiques du cerveau est conditionnée par deux faits : d'une part, le tissu vivant favorise nettement la production de ce dérivé d'hémoglobine ; d'autre part, l'hématoïdine, une fois formée, tend à persister indéfiniment, alors que, dans d'autres tissus du corps, elle disparaît assez rapidement.

L'hémosidérosine persiste moins dans les foyers apoplectiques que dans certaines tumeurs intracérébrales.

Le pigment noir est considéré par l'auteur comme un produit artificiel en rapport avec le mode de fixation du tissu cérébral.

Renseignements statistiques concernant 56 cas d'hémorragie cérébrale observés à l'Infirmerie de la Salpêtrière entre 1923 et 1933, par MM. G. GUILLAIN et S. de SÈZE.

On a enregistré 1 cas d'hémorragie cérébrale pour 3 cas de ramollissement cérébral. Sur 50 cas, 34 fois l'hémorragie intéresse les noyaux gris

centraux. Dans 16 cas, les noyaux gris centraux ne sont pas lésés. Dans 8 cas, les foyers hémorragiques étaient doubles ou multiples. Le nombre des inondations ventriculaires est de 31 0/0 des cas.

Parésie homonyme tardive à la suite d'une hémorragie cérébrale,
par M. H. HAMDI.

Elle était due à la dilatation du ventricule du côté sain, qui exerçait une pression sur l'hémisphère du même côté.

DEUXIEME QUESTION

ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE DES PÉDICULES NERVEUX DE L'APPAREIL VISCÉRAL

1^{er} RAPPORT

Systématisation macroscopique, par M. J. DELMAS.

Les pédicules nerveux des viscères intra-thoraco-abdomino-pelviens ont une origine double : les uns émergent des paires rachidiennes dorso-lombaires ; les autres du X et du plexus honteux. Ils se jettent tous dans un relai ganglionnaire préviscéral.

Les pédicules d'origine dorso-lombaire émergent de la 2^e dorsale à la 2^e lombaire, sous le nom de rameaux communicants blancs. Ils forment les splanchniques médiastinaux antérieurs, médiastinaux postérieurs, abdominaux, pelviens et péripelviens. On admet que leurs fibres blanches représentent les voies de la fonction viscérale et leurs fibres grises, les voies de la fonction vaso-motrice.

Aux deux extrémités crâniale et caudale, les fibres blanches suivent principalement un trajet indépendant et constituent le parasymphatique crânien (pneumogastrique végétatif) et le parasymphatique pelvien (nerf érecteur).

Les branches afférentes des relais ganglionnaires préviscéraux constituent le segment terminal des pédicules nerveux ; leur territoire de terminaison est représenté par un viscère ou segment de viscère.

Cette schématisation macroscopique permet les considérations médico-chirurgicales suivantes : La section du rameau communicant blanc supprime toute liaison locale avec l'axe cérébro-spinal, en conservant l'intégrité des centres autonomes caténaux et préviscéraux. La section du rameau communicant gris supprime le pédicule sympathique du métamère somatique correspondant. La gangliectomie aboutit au même résultat que la section des deux rameaux communicants. La section des splanchniques est l'opération idéale pour priver un territoire viscéral de ses connexions avec les centres médullaires. Il est dangereux de sectionner le tronc des deux pneumogastriques cervicaux, ainsi que les nerfs érecteurs.

II^e RAPPORT

Etude microscopique, par M. F. Kiss (de Szeged, Hongrie).

L'auteur considère comme viscères tous les organes qui sont pourvus d'un fonctionnement végétatif autonome ; il les classe en crâniens, cervico-thoraciques, abdominaux, pelviens, cutanés (glandes), et enfin, les vaisseaux.

Les lieux d'origine des pédicules viscéraux sont représentés par les ganglions spinaux et les ganglions de la chaîne latéro-ventrale.

Les ganglions spinaux et ceux des nerfs crâniens contiennent 3 catégories de cellules : a) des grandes cellules rondes et claires (somato-sensitives) ; b) des petites cellules rondes et claires (viscéro-sensitives) et c) des cellules multipolaires foncées (viscéro-effectives). Les cellules de ces ganglions sont en rapport avec 3 sortes de fibres : fibres à gaine de myéline épaisse, à gaine mince, sans myéline.

Les ganglions de la chaîne latéro-vertébrale, de même que tous les ganglions prévertébraux, préviscéraux et viscéraux, ne renferment que des cellules des catégories b et c. Elles n'ont de rapports qu'avec des fibres à gaine mince et des fibres amyéliniques.

Les fibres viscérales s'associent fréquemment aux nerfs cérébro-spinaux.

Les pédicules viscéraux contiennent les 3 sortes de fibres en proportion variable. Ils renferment, comme les nerfs préviscéraux, de nombreux ganglions microscopiques.

Ainsi, tous les viscères sont pourvus d'une innervation bilatérale, phénomène particulier au système végétatif. Le système sympathique n'est pas seulement de nature effective (moteur et sécréteur) ; il contient des éléments sensitifs spécifiques. La conscience exerce peu d'influence sur son fonctionnement, alors, que les réflexes y jouent un rôle important.

DISCUSSION DES RAPPORTS

M. CORDIER pense qu'il existe encore trop de lacunes dans nos connaissances actuelles pour que l'on puisse établir une systématization rationnelle des pédicules nerveux des organes.

M. LAIGNEL-LAVASTINE trouve que M. Delmas a trop de tendance à uniformiser la valeur des divers pédicules nerveux de l'appareil viscéral. Le domaine des grands et petits splanchniques forme un département plus hiérarchisé que le reste de l'orthosympathique. La richesse des grands splanchniques en fibres à myéline est remarquable. Il insiste sur la fréquence des cellules nerveuses dans les tractus sympathiques.

M. BOTAR énumère les faits qui indiquent que les nerfs pneumogastriques et les nerfs splanchniques pelviens s'associent avec le système sympathique pour l'innervation des viscères. Il n'y a aucun argument morphologique qui permette de considérer ces formations nerveuses comme un système particulier.

M. R. COLLIN. — La définition des pédicules nerveux donnée par Kiss peut s'appliquer à la tige pituitaire qui renferme des fibres amyéliniques viscéro-effectrices (excito-sécrétoires) et des fibres myélinisées de valeur sensitive. Ces fibres ont pour origine le nerf supra-optique, le noyau paraventriculaire, une partie des noyaux propres du tuber. Les cellules de ces noyaux s'apparentent morphologiquement aux cellules sympathiques.

COMMUNICATIONS

Les nerfs du thymus, par MM. P. CORDIER et COULOUMA.

Le thymus est innervé chez l'homme par le segment cervical du sympathique et du vague et par l'intermédiaire des nerfs cardiaques supérieurs de la X^e paire, moyens et inférieurs du sympathique. Les nerfs thymiques forment un riche plexus capsulaire. Cette innervation commune du thymus, du cœur, de l'appareil respiratoire permet de comprendre les morts subites dans les états thymiques ainsi que les crises de dyspnée d'origine thymique.

Les ganglions nerveux du plexus carotidien interne chez l'homme, par M. A. GELLÉRT.

Le plexus caverneux contient de petits ganglions sympathiques qui se trouvent situés au voisinage du nerf moteur oculaire externe. Ces ganglions se composent d'un mélange de cellules claires et foncées sur des préparations soumises à l'imprégnation prolongée par l'acide osmique.

Les ganglions intraviscéraux du système nerveux végétatif, par M. P. BACSICH.

Ces ganglions intramuraux contiennent les cellules foncées (viscéro-motrices) et les cellules claires (viscéro-sensitives) décrites par Kiss. Leur structure correspond donc à celle des ganglions paravertébraux et prévertébraux.

Sur la terminaison du nerf pneumogastrique antérieur, par M. J. BOTÁR.

Les nerfs pneumogastriques s'associent avec le système sympathique pour l'innervation des viscères. Les anastomoses entre les pneumogastriques et le sympathique abdominal ont la même signification que celles qui existent entre le sympathique abdominal et le sympathique pelvien.

Lésions des pédicules viscéraux dans l'inflammation chronique, par MM. M. FAVRE, J. DECHAUME et P. GIRARD.

Au cours de lésions inflammatoires chroniques de différents organes, ils ont noté des altérations de pédicules nerveux dans leur trajet intraviscéral. Dans le « foie vasculaire », une des lésions importantes est l'hyperplasie de tous les éléments de l'espace porte. Des formations nerveuses importantes se rencontrent là : petits troncs nerveux, microganglions sympathiques qui sont le siège d'altérations importantes.

Etude de l'anatomie microscopique de la moelle épinière par la méthode des coupes longitudinales plurisegmentaires, par MM. L. LARUELLE et M. REUMONT.

Par cette méthode, la topographie des cellules motrices des cornes antérieures est mise en évidence plus aisément que par les coupes transversales. On peut de même préciser les limites des noyaux d'origine des nerfs moteurs après arrachement de ceux-ci.

L. MARCHAND.

Groupeement Belge d'Etudes Oto-Neuro-Ophthalmologiques et Neuro-Chirurgicales

Réunion annuelle tenue à Bruxelles le 17 décembre 1933

Présidence : M. le Professeur GUILLAIN (de Paris)

Cette réunion, consacrée à l'étude des thrombo-phlébites des sinus craniens, était honorée de la présence de plusieurs délégués étrangers : MM. Guillain (Paris), Portmann (Bordeaux), Barré (Strasbourg), Dereux (Lille), de Kleyn (Utrecht), Stenvers (Utrecht), Oljenick (Amsterdam), Van Itersen (Leiden), etc.

RAPPORT

LES THROMBO-PHLÉBITES DU SINUS CAVERNEUX

a) Partie clinique, par M. MOREAU (de Liège).

Dans un premier chapitre, l'étiologie des thromboses des sinus craniens est envisagée à la lumière de considérations anatomiques détaillées. Les voies que suivent les infections pour aboutir à l'obstruction d'un sinus, sont en effet importantes à connaître. Le sinus caverneux et les sinus contigus forment un carrefour veineux qui entoure l'hypophyse, et qui peut être considéré comme un tout, représentant au point de vue veineux, un équivalent de l'hexagone de Willis.

Bien que toute thrombose ait, d'après les conceptions actuelles, une origine infectieuse, l'auteur estime qu'il existe encore des raisons étiologiques et cliniques suffisantes pour laisser aux deux groupes des anciens auteurs : les thromboses marastiques et les thromboses inflammatoires, une certaine autonomie réciproque. Les premières sont dues toujours à une affection générale et siègent de préférence dans les sinus impairs. Lorsqu'elles s'étendent aux sinus pairs, elles le font symétriquement. Les secondes, au contraire, envahissent les sinus pairs et sont le plus souvent asymétriques.

Dans l'immense majorité des cas, les thromboses du sinus caverneux sont des thromboses purement inflammatoires. L'auteur étudie en détail les divers processus infectieux de voisinage qui peuvent déterminer ces

thromboses, leurs voies de propagation et les symptômes qui doivent faire penser que le sinus est menacé. Sont envisagées successivement : 1) les affections de la face et de l'orbite ; 2) les affections nasales et paranasales ; 3) les affections des amygdales ; 4) les affections des mâchoires ; 5) les affections de l'appareil auditif ; 6) les affections de la voûte du crâne et du sinus longitudinal supérieur.

Ces divers paragraphes sont illustrés de plusieurs observations cliniques et anatomo-cliniques.

Dans un second chapitre, l'auteur s'attache à l'étude de la symptomatologie et du diagnostic des thrombo-phlébites du sinus caverneux. Les signes de stase veineuse, d'atteinte des nerfs craniens, de pyémie, et les accidents cérébraux, sont minutieusement décrits et discutés.

b) Partie chirurgicale, par M. CHRISTOPHE (de Liège).

L'auteur envisage d'abord le *traitement préventif* dans les divers cas. Lorsque la lésion d'inoculation est faciale, il faut intervenir le plus tôt possible par une large électro-coagulation au bistouri diathermique, coagulation en masse qui doit dépasser largement la zone infectée. On enlève à l'anse électrique, la colonne de tissu coagulé, qui laisse un puits réalisant un drainage des veines thrombosées du voisinage.

Dans les cas d'origine amygdalienne, sphénoïdale, auriculaire, maxillaire, l'indication fondamentale est de traiter précocement et complètement, chaque fois que c'est possible, la lésion d'origine. Cependant, malgré un drainage précoce, il est parfois difficile d'enrayer les progrès de l'infection. Au point de vue du traitement de la thrombo-phlébite du sinus caverneux constituée, l'auteur passe en revue les diverses techniques proposées et montre que toutes sont trop complexes ou trop sanglantes pour pouvoir être mises en œuvre chez des malades aussi fortement intoxiqués que ceux qui nous occupent.

La neuro-chirurgie n'est cependant pas toujours désarmée en présence de cette redoutable affection, mais il est indispensable de faire une *sélection très sévère des cas*, faute de quoi on risque de déconsidérer définitivement toute tentative chirurgicale dans ce domaine. La *date d'apparition des signes caverneux* et la *rapidité de l'évolution* sont les critères principaux de la conduite à tenir.

Aucune intervention ne doit être tentée dans les cas à évolution galopante ni dans les cas trop évolués. Au sujet de la tactique et de la technique opératoires, l'auteur se range à l'opinion de Wells P. Eggleton. Il résume les cas personnels assez nombreux qu'il a suivis ou opérés, et montre que la ligature de la carotide interne, qui réalise une *mise au repos* du sinus thrombosé constitue le premier progrès sérieux accompli dans le traitement de la thrombo-phlébite du sinus caverneux. Cette thèse est illustrée de la relation détaillée d'un cas personnel opéré et guéri par cette méthode.

COMMUNICATIONS SUR LE SUJET DU RAPPORT

Chirurgie des thrombo-phlébites des sinus, par M. PORTMANN (de Bordeaux).

La moitié des cas environ de thromboses des sinus est d'origine otique ; c'est dire l'importance de la partie otologique de la question.

L'examen otologique précoce, la recherche précoce des signes d'infection du sinus latéral, l'intervention immédiate en cas de frisson, constituent les règles de la conduite à tenir, qu'il s'agisse de mastoïdite postéro-supérieure, postéro-inférieure ou jugo-digastrique. Cependant, la temporisation a été préconisée ; l'auteur se déclare interventionniste dans tous les cas, et toujours avec ligature de la veine jugulaire. Quand on a découvert le sinus latéral, ce sont les lésions locales qui guideront l'opération ; si le sinus latéral ne présente pas de signes de thrombose, il faut l'inciser quand même et le tamponner.

Thrombo-phlébite du sinus caverneux unilatérale et à évolution chronique. Etude radiologique, par MM. BAUWENS, L. VAN BOGAERT et THIENPONT.

Il s'agit d'un des cas étudiés dans le rapport de Moreau, et dont les auteurs démontrent les radiographies. Une sinusite ethmoïdo-sphénoïdale fut traitée par l'évidement par voie endo-nasale. Cette intervention fut suivie d'une intensification de la périsinusite. Un an après, la radiographie décelait une calcification du sinus caverneux. Au point de vue prophylactique, les auteurs concluent qu'il faut être prudent en ce qui concerne la périsinusite post-opératoire, et qu'il est indispensable de bien étudier radiologiquement l'évolution de l'affection.

Thrombo-phlébite du sinus, suite de scarlatine, par MM. DAGNELIE et DUBOIS.

Relation du cas d'une fillette de 2 ans qui fit une scarlatine typique accompagnée d'une légère raideur de la nuque, puis d'une otite droite. Il s'agit d'une infection à streptocoques. La désinfection locale fait diminuer passagèrement la température, mais l'état général reste mauvais. On pratique l'évidement du foyer. L'enfant fait ensuite diverses localisations à la peau ; la septicémie persiste malgré la désinfection de tous les foyers purulents. Une broncho-pneumonie se déclare en même temps qu'apparaissent une stase papillaire à l'œil droit et des crises cloniques des bras.

L'autopsie ne révèle aucun abcès du cerveau ni du tronc cérébral. Il s'agit d'une thrombo-phlébite du sinus latéral, sans péri-phlébite. Le passage de l'infection de la mastoïde au sinus n'a pas été retrouvé. Dans la plaie opératoire, l'os paraissait sain ; il faut donc même, dans ce cas, songer à une infection possible du sinus.

Thrombo-phlébite otitique sans mastoïdite suppurée, par M. HICGUET.

Un sujet fait une otorrhée fétide accompagnée de température à 40°. La mastoïde n'est que légèrement douloureuse à la pression, mais est assombrie à l'examen radiologique. Il existe une papille de stase droite ; le liquide céphalo-rachidien est normal ; l'épreuve de Queckenstedt montre une transmission normale de la pression. A l'opération, on constate une congestion simple de la mastoïde, sans traces de pus. On songe à un abcès cérébral, mais les ponctions restent blanches. La ponction du sinus, par contre, ramène un flot de pus à streptocoques et à coli-bacilles. La ligature de la jugulaire est pratiquée pour éviter la propagation de l'infection. Ce cas démontre que l'épreuve de Queckenstedt n'est pas toujours suffisante ; l'auteur insiste sur l'importance de l'épreuve de David-Gallas, qui consiste à

introduire une aiguille munie d'un manomètre dans le golfe de la jugulaire: en cas de thrombose, le manomètre reste immobile lorsqu'on comprime la veine en aval.

L'œdème temporal, symptomatique d'une thrombo-phlébite des veines fronto-ethmoïdales, par M. VAN CANEGHEM.

Relation de deux cas, dont l'un fut suivi d'autopsie, et dans lesquels une infection nasale avec sinusite frontale détermina une infection du sinus sagittal sans autre symptôme important qu'un œdème de la région temporale.

L'affection qui avait paru s'améliorer par la vaccinothérapie dans un cas, se termina par l'apparition brusque d'un coma profond suivi de décès en quelques heures. Il n'existait aucun symptôme orbitaire oculaire ou neurologique. L'œdème de la région temporale paraît être un signe important dans ces cas, signe qui commanderait une intervention large sur le sinus sagittal.

Deux observations de thrombo-phlébites du sinus caverneux traitées par drainage, par M. LAUWERS.

Dans le premier cas, chez un garçon de 13 ans ayant fait une angine suivie de douleurs dans la mâchoire et la face, puis de tuméfaction de l'orbite avec exophtalmie, le drainage du sinus caverneux par la voie de la fente sphéno-maxillaire fut suivi de guérison complète après un mois.

Dans le second cas, l'infection initiale fut un anthrax de la lèvre supérieure, suivi de signes graves de thrombose du sinus caverneux. Malgré la gravité du cas, l'intervention fut tentée à la demande de la famille. Elle consista en un drainage du sinus par agrandissement de la fente sphénoïdale, mais le malade succomba. L'auteur se déclare d'accord avec les rapporteurs en ce qui concerne l'immobilisation du sinus par ligature de la carotide, et il préconise le drainage du sinus. Dans le deuxième temps opératoire, il réalise l'anesthésie artérielle par injection de novocaïne dans la carotide.

DISCUSSION DU RAPPORT ET DES COMMUNICATIONS

M. Cheval ne lie plus jamais la jugulaire interne. Il estime que l'emploi d'un bactériophage très polyvalent et suractif donne souvent de bons résultats et cite deux cas personnels à l'appui de cette opinion.

M. Fritz signale l'intérêt de la mesure de la pression de la veine rétinienne par une technique spéciale analogue à celle de Bailliart. En cas de thrombose du sinus caverneux, il y a hypertension des veines rétiniennes. Cette mesure permet le diagnostic différentiel avec le phlegmon de l'orbite.

M. Henri Coppez. — L'examen de la pression veineuse rétinienne permet un pronostic précoce car il décèle l'entreprise des veines profondes. Dans les thrombo-phlébites directes, les symptômes ophtalmoscopiques sont beaucoup plus légers au début; les thrombo-phlébites récurrentes sont au contraire très graves au point de vue oculaire: les symptômes évoluent beaucoup plus rapidement.

Quant à la papille de stase, il faut, pour qu'elle se constitue, qu'il existe une augmentation de la tension intra-cranienne. *M. Coppez* ne croit pas aux

papilles de stase d'origine veineuse pure. La cause de l'exophtalmie est difficile à préciser ; les examens faits très rapidement après la mort permettent de croire qu'elle serait due à une thrombose généralisée de tous les petits vaisseaux de l'orbite.

M. Coppez pose enfin aux rapporteurs la question de la propagation de l'infection : celle-ci ne se soucie nullement du courant dans les veines : tantôt elle le descend, tantôt elle le remonte. Quel en est le mécanisme ?

M. Helsmoortel J^r résume cinq observations personnelles de thrombo-phlébites des sinus craniens et signale les bons résultats obtenus dans un cas par un traitement uniquement médical : septicémine et solganal. Il se déclare d'accord avec les rapporteurs en ce qui concerne les indications opératoires.

M. Barré a observé des cas de thrombo-phlébites des veines craniennes, dans lesquels l'évolution était caractérisée par des phénomènes paralytiques transitoires et récidivants, avec périodes de coma. Les signes objectifs sont variables d'après la position du malade.

En ce qui concerne le diagnostic, il faut savoir que des tumeurs du nasopharynx peuvent donner des symptômes analogues aux thrombo-phlébites du sinus caverneux. L'ordre d'apparition des symptômes est ici important à connaître.

M. Oljenick remarque que, contrairement à la notion classique, les infections situées sous la ligne du maxillaire supérieur peuvent déterminer une thrombose des sinus. Il cite en outre un cas qui démontre que les infections des sinus peuvent avoir une évolution chronique très longue, allant jusqu'à plusieurs années.

M. de Busscher résume l'histoire de deux cas un peu spéciaux, où le diagnostic n'a pas été fait à temps et où l'autopsie confirma qu'il s'agissait de thrombo-phlébite du sinus caverneux.

RÉPONSE DES RAPPORTEURS

M. Moreau remercie les orateurs qui ont apporté des compléments intéressants au rapport, et particulièrement MM. Fritz et Coppez, en ce qui concerne la pression veineuse rétinienne. Il pense que l'absence de valvules dans les veines faciales et orbitaires peut expliquer la propagation de l'infection dans un sens ou dans l'autre. Il souligne également l'intérêt des faits rapportés par MM. Barré et Oljenick.

M. Christophe répond à M. Cheval en ce qui concerne l'emploi du bactériophage : il a essayé jadis le même bactériophage que M. Cheval, sans avoir jamais pu enregistrer aucun succès. Quant à la question posée par M. Coppez sur le sens de l'infection, il pense que les faits s'expliquent par l'absence de courant dans une veine thrombosée : l'infection est toujours en retard sur la tête du caillot.

J. LEY.

Séance du 24 Février 1934

Présidence : M. CHEVAL, président

M. le Président, en ouvrant la séance, prononce l'éloge funèbre de S.M. ALBERT I^{er} et rappelle l'intérêt que le Souverain portait aux sciences médicales. Il demande à l'Assemblée d'observer une minute de recueillement.

A propos d'un cas d'anosmie et d'agueusie complètes,
par MM. J. HELSMOORTELT Jr, R. NYSSSEN et R. THIENPONT.

Les cas d'agueusie complète sont très rares. Sur 20 cas d'anosmie post-traumatique, les auteurs n'ont observé qu'un seul cas s'accompagnant d'agueusie complète, chez un individu qui présentait simultanément des troubles sensoriels d'allure hystérique. Il s'agit d'un homme ayant subi un traumatisme cranien grave avec coma complet de 24 heures, qui fut suivi d'anosmie et d'agueusie. Les radiographies n'ont décelé aucune fracture du crâne.

L'examen du labyrinthe révèle une hypoexcitabilité aux épreuves calorique et pneumatique, à droite. Il existe, en outre, des troubles de la sensibilité tactile et une hypoesthésie pour le chaud. Au point de vue objectif, aucune odeur n'est perçue, sauf la pyridine qui provoque une sensation de picotement. Les saveurs amères et acides provoquent une impression désagréable, mais ne sont pas perçues. Les épreuves pléthysmographiques et pneumographiques sont négatives, mais ces épreuves au bruit et à l'émotion sont négatives aussi.

Ce cas comporte donc un syndrome commotionnel réel, avec troubles surajoutés de nature psychique, dont l'interprétation est très délicate, et qui montrent la difficulté des problèmes posés au médecin expert.

Tumeur latérale du cavum avec extension endocranienne, par M. HEYNINX.

L'auteur résume l'histoire clinique d'une tumeur maligne latérale du cavum, avec extension endocranienne engendrant unilatéralement un syndrome neuro-paralytique et vasculaire particulier. Ici sont touchés, du côté droit, les nerfs 3, 4, 5, 6, — 9, 10, 11, 12 ; en même temps que l'épreuve de Queckenstaedt démontre le blocage du système veineux sinuso-jugulaire du côté droit. C'est un nouveau syndrome que l'auteur met en parallèle avec les syndromes : 1° de Jacod ; 2° de Lannois-Gradenigo ; 3° de Vernet ; 4° de Collet-Sicard ; 5° de Villaret ; 6° Syndrome unilatéral total.

A propos d'un syndrome d'hyperthermie, par M. L. VAN BOGAERT et P. MARTIN.

Il s'agit d'une femme de 32 ans ayant présenté trois ordres de symptômes : 1° céphalées atroces du type migraineux, sans obnubilation ; 2° vomissements bilieux survenant entre les repas, avec douleurs viscérales intenses. (La malade avait subi antérieurement, sans résultat, plusieurs interventions : gastro-entérostomie et duodéno-jéjunostomie, ovariectomie et appendicectomie) ; 3° crises d'hyperthermie à 42°, d'une durée de quelques heures, sans aucun syndrome infectieux. L'examen neurologique était négatif. Les crises s'accompagnaient d'une turgescence des vaisseaux du côté droit de la face. Devant l'intensité des douleurs et la constatation d'une congestion des vaisseaux rétiniens avec flou de la papille, une trépanation décompressive sous-temporale droite fut pratiquée, et fut suivie d'une sédation des symptômes pendant 48 heures. Puis les crises réapparaurent et la mort survint en hyperthermie neuf jours après l'intervention.

L'examen du cerveau montre, sur le pourtour de l'hypophyse, une traînée grisâtre qui s'étend dans la région tubérienne et sous le chiasma.

Cette lésion pourrait expliquer tous les symptômes, par l'irritation des noyaux du tuber.

Les résultats de l'examen histologique seront communiqués ultérieurement.

Tumeur suprasellaire ; commentaires sur les troubles psychiques dans les tumeurs de cette région, par MM. P. MARTIN et L. VAN BOGAERT.

Relation du cas d'un enfant de 10 ans qui fut pris assez brusquement de poussées de somnolence, avec absences et sensation de fatigue générale.

Simultanément, on constata une augmentation rapide du poids. L'opothérapie thyroïdienne détermina une amélioration passagère, puis apparurent des troubles psychiques de type post-encéphalitique : irritabilité, agressivité, anxiété, troubles du caractère, inversion du rythme du sommeil, parfois crises délirantes avec tachycardie extrême ; amnésie après ces crises. Tandis que l'enfant continuait à engraisser, apparurent ensuite des céphalées sus-orbitaires et des douleurs dans les membres inférieurs. Puis il accusa des troubles oculaires, et le début d'une atrophie optique bilatérale fut constaté. L'examen neurologique était négatif, le métabolisme basal normal. La radiographie montra une calcification au-dessus de la selle turcique. L'intervention permit l'ablation de la tumeur ; les suites opératoires furent normales et les troubles psychiques disparurent, mais on constata, d'autre part, l'apparition d'un diabète insipide.

J. LEY.

Compte-rendu des Travaux
de la Section Neuro-Psychiatrique du 14^e Congrès
des Médecins et Naturalistes Polonais

(Poznan, 12-15 septembre 1933)

SECTION NEUROLOGIQUE & PSYCHIATRIQUE

I. — TROUBLES ACCOMPAGNANT LES LÉSIONS DES CENTRES
SOUS-CORTICAUX

De la signification et du fonctionnement des centres sous-corticaux à la lumière de l'expérimentation physiologique, par le Prof. Fr. CZUBALSKI (Varsovie).

M. Czubalski étudie le rôle et le fonctionnement des centres sous-corticaux à la lumière de l'expérimentation physiologique moderne. Les acquisitions de médecine expérimentale ont enrichi également nos connaissances au sujet du tonus musculaire, où le rôle du noyau rouge est particulièrement marqué. Malheureusement, les résultats expérimentaux ne peuvent pas être rigoureusement appliqués à l'homme et utilisés à expliquer toutes les questions soulevées par la clinique. Les renseignements recueillis à l'autopsie prouvent combien les lésions du noyau rouge du striatum et du pallidum sont minimes. Certaines précisions sont apportées par les constatations faites sur les nouveau-nés dépourvus de parties supérieures de l'encéphale, mais chez lesquels le mésencéphale était intact, et qui présentaient cependant de la raideur musculaire et de la diminution de la motilité. Il était donc logique de conclure que chez l'homme, pour la conservation du tonus musculaire, l'action du noyau rouge n'est pas suffisante et qu'elle est complétée par l'intervention du système extra-pyramidal. Il est possible que la brutalité de l'intervention expérimentale crée des conditions différentes de celles que donne une lente installation d'un processus clinique. Les causes de ces différences deviennent plus évidentes encore à la lumière des faits concernant l'action réciproque des diverses parties du système nerveux. Ces faits montrent que l'excitabilité des neurones périphériques moteurs et sensitifs est profondément modifiée lorsque ces neurones ont perdu leur continuité avec le système central. La sensibilité des nerfs périphériques se modifie non seulement lorsque leurs propres centres sont touchés, mais également lorsqu'on enlève les hémisphères cérébraux ou

.

le mésencéphale. Dans l'action réciproque des diverses parties du système nerveux entre elles, le rôle prépondérant revient au système neurovégétatif, véritable chaînon intermédiaire qui règle l'excitabilité des nerfs périphériques. Toutes ces circonstances doivent être prises en considération dans l'appréciation des variations fonctionnelles observées, aussi bien au cours de l'expérience que dans le tableau clinique.

Psychisme sous-cortical, par le Prof. HASKOVEC (de Prague).

Thérapeutique de la narcolepsie par l'éphédrine,
par M. OTAKAR JANOTA (de Prague).

Les manifestations sous-corticales plus rares (avec démonstrations cinématographiques), par M. le Prof. H. HALBAN et J. ROTHFELD (Lwow).

Les auteurs exposent le rôle des influences exercées par les facteurs sensitifs, sensoriels et affectifs, sur les manifestations d'ordre sous-cortical et particulièrement sur les hyperkinésies et les crises sous-corticales. Les auteurs rapportent l'histoire clinique d'un syndrome post-encéphalitique rarement observé et caractérisé par des accès de mouvements forcés, avec troubles respiratoires survenant par crises, des spasmes des muscles de la bouche et de la langue. Nystagmus céphalique parkinsonien, consécutif à l'encéphalite épidémique.

Un cas rare de syndrome sous-cortical au cours de l'hydrocéphalie interne,
par Mme Marie DEMIANOWSKA (avec films) (Lwow).

Chez un malade âgé de 33 ans s'installe, à la suite de l'obstruction de l'Aqueduc de Sylvius, une hydrocéphalie interne qui évolue vers la mort en trois mois.

L'auteur souligne l'intérêt que présentent chez son malade : les crises sous-corticales appartenant à trois types différents, et les spasmes toniques ayant leur origine dans l'excitation des voies sensitives.

Quelques troubles de la marche dans l'encéphalite épidémique,
par T. DOSUZKOV (de Prague).

Étude anatomo-clinique du syndrome rubrothalamique,
par T. DOSUZKOV et C. UTTL (de Prague).

Contribution à l'histologie des centres sous-corticaux,
par C. UTTL (de Prague).

Exposé de l'organisation des dispensaires pour les malades atteints de sequelles d'encéphalite épidémique et résultats du traitement de ces états par l'atropine à haute dose, par M. STANISLAS TEPPA (Lwow).

Un cas clinique d'hyperkinésies peu communes,
par W. J. GODLOWSKI (Cracovie).

Observation d'un garçon de 10 ans, chez lequel, un mois après une phase aiguë caractérisée par des céphalées et des douleurs dans le bras gauche

se sont installées des hyperkinésies involontaires survenant par crises et ayant des caractères cloniques et toniques. Les troubles moteurs dont l'auteur présente des films se présentent sous les aspects suivants : 1° petits mouvements rapides rythmiques de la main gauche ; 2° myoclonies sporadiques ; 3° mouvements involontaires survenant par accès rappelant les myoclonies, mais généralisées à tout le corps et ayant un caractère tonique et clonique ; 4° mouvements toniques et rythmiques de défense et de fuite. L'accumulation de ces hyperkinésies rappelle les accès de chorée électrique de Dubini ou les grandes crises épileptiques, mais dans toutes ces hyperkinésies, l'élément de base est la myoclonie. La malade a évolué vers la guérison en six mois. La lésion, probablement d'ordre inflammatoire, a dû intéresser le système extra-pyramidal, détruisant d'une façon élective la partie destinée au contrôle de la fonction de la coordination médullaire et bulbaire.

Résultats du traitement des syndromes extra-pyramidaux par le sulfate d'atropine, par M^{lle} L. FISZHAUT (Varsovie).

L'emploi de l'atropine à dose ne dépassant pas 28 mmgr par jour a donné à l'auteur les résultats suivants : disparition de la salivation dans 100 % ; disparition de l'anté- et de la rétropulsion dans 70 %, atténuation des troubles de la marche, de la station debout du tonus musculaire, du tremblement et des hyperkinésies, de la bradykinésie et de la bradypsychie, diminution et quelquefois même disparition de crises oculogyres. Dans un cas de paralysie agitante, l'amélioration a permis la reprise du travail professionnel (agriculture). Dans la pseudo-sclérose et la sclérose en plaques, les résultats ont été moins heureux. Dans un cas de spasme de torsion — traitement sans effet.

Syndrome oculo-encéphalique dans un cas de gliome (spongioblastome de la protubérance et du pédoncule), par Z. W. KULIGOWSKI (Varsovie).

A propos d'un cas de tumeur cérébrale chez un garçon de 13 ans, évoluant avec la symptomatologie de l'encéphalite épidémique, l'auteur souligne les difficultés de diagnostic qui découlent de la localisation de la tumeur, de l'absence de l'hypertension intra-cranienne et de l'absence de la destruction des éléments cellulaires.



II. — ÉTATS INFLAMMATOIRES DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

Discussion des opinions actuelles concernant les inflammations primitives du système nerveux à étiologie inconnue, par le Prof. C. ORZECOWSKI (Varsovie).

L'auteur s'élève contre la facilité avec laquelle on porte le diagnostic d'encéphalo-myélite disséminée. Cette tendance menace d'englober toutes les formes à localisation circonscrite de l'inflammation du système nerveux central. Par contre, on pense trop peu à la possibilité d'assister aux syn-

dromes complexes médullaires ou cérébro-médullaires dus aux troubles vaso-moteurs. Il est à souligner également qu'il n'existe pas de moyens absolument sûrs de diagnostic différentiel entre l'encéphalo-myélite disséminée et la sclérose en plaques. L'objectivité du signe de Rossolimo isolé n'est pas suffisante, malgré sa valeur sémiologique, pour établir le diagnostic d'encéphalo-myélite disséminée.

L'Encéphalite aiguë disséminée au cours des dernières années dans notre pays, par le Prof. K. HENNER (de Prague).

Affections inflammatoires sans étiologie connue observées dans la Clinique Neurologique de l'Université de Varsovie au cours des six dernières années, par GRABARZ et Z. W. KULIGOWSKI (Varsovie).

Les auteurs ont eu l'occasion d'observer, sur un total de 2.700 malades, 53 cas qui entrent dans cette catégorie. En se basant sur ce matériel, les auteurs concluent à la fréquence relativement faible de l'encéphalite disséminée. Il ne peut être question d'une épidémie généralisée, ce qui n'exclut pas la possibilité de l'existence de nombreux cas ambulatoires. Généralement, tout le système nerveux est intéressé. Au sujet du rapport de l'encéphalite disséminée avec la sclérose en plaques dans un cas seulement, les auteurs ont été obligés de reconnaître ce dernier diagnostic après cinq ans d'évolution de la maladie. Par contre, dans plusieurs cas, il a été impossible d'exclure l'encéphalite épidémique. En conséquence, le clinicien doit adopter provisoirement une attitude réservée jusqu'à la réalisation plus ample de connaissances bactériologiques, sérologiques et épidémiologiques.

Constatations personnelles sur les lésions inflammatoires du système nerveux central d'étiologie inconnue, par Z. W. KULIGOWSKI (Varsovie).

Description de lésions anatomo-pathologiques constatées dans six cas de syndromes inflammatoires du système nerveux, dont l'étiologie était obscure. Les résultats se répartissent en 3 cas d'encéphalite, 2 cas de paralysies du type Landry et une sclérose multiple aiguë.

L'encéphalo-myélite sans étiologie connue dans le matériel clinique du service neurologique de l'Hôpital « Czyste » à Varsovie, par W. STERLING et E. HERMAN.

Etude clinique de l'encéphalo-myélite dans ses rapports avec d'autres processus inflammatoires non purulents du système nerveux, et particulièrement avec l'encéphalite léthargique et la sclérose en plaques.

De l'inflammation disséminée du système nerveux chez les enfants, par L. PRUSSAK (Varsovie).

L'auteur réunit neuf observations d'inflammation primitive disséminée de l'encéphale et de la moelle chez des enfants âgés de 7 à 12 ans. Début presque toujours brusque, sauf dans un cas. Syndromes cliniques extrêmement variés. Évolution plus ou moins bénigne, suivie de guérison complète ou presque complète après trois ou quatre années d'observation.

Présentation du matériel clinique du service neurologique à Lwow,
par A. DOMASZEWICZ et W. STEIN.

Au printemps 1932, au cours d'une épidémie de grippe, les auteurs observent 35 cas d'encéphalo-myélite disséminée. La grippe semble jouer le rôle d'un facteur activant le virus neurotrope. Le caractère épidémique de ces manifestations encéphalo-myélitiques est nettement affirmé et les auteurs ont relevé 3 cas ayant une évolution identique chez des malades habitant le même groupe de maisons.

Le diagnostic est basé sur : les signes méningés, une réaction inflammatoire du liquide céphalo-rachidien, nombreux signes oculaires, un début brusque avec fièvre. L'évolution est bénigne, les auteurs n'ont à déplorer qu'un seul décès. Le diagnostic différentiel avec la sclérose en plaques est impossible.

Inflammation primitive du système nerveux d'après le matériel de la Clinique Neurologique de U. J. K. à Lwow, par M^{me} FALKIEWICZ.

Polynévrite d'origine inconnue aiguë et subaiguë dans le matériel de la Clinique Neurologique de l'Université de Poznanie, par Mme A. GRUSZECKA.

Sur un total de 60 malades atteints de polynévrite pendant la période de 1925 à 1933, 15 cas ont eu une étiologie inconnue. Dans ce nombre, Mme G... retient 4 cas, qui semblent ressortir d'une épidémie mal définie. Tous se placent entre août 1932 et février 1933 et présentent une symptomatologie semblable. L'auteur souligne surtout les caractères identiques du liquide céphalo-rachidien. Réaction des globulines fortement positive, modification notable des réactions colloïdales, forte augmentation de pourcentage des albumines (0,90-2,69 %) avec une faible pléocytose. Ces caractères sont en opposition avec les résultats relevés dans d'autres cas de polynévrite observés à la clinique. L'auteur n'a pas pu relever des rapports entre ces formes particulières de polynévrite et l'encéphalite léthargique. Par contre, il est difficile de les différencier de l'encéphalo-myélite disséminée surtout dans ses formes basses.

Processus aigus disséminés inflammatoires et primitifs du système nerveux d'origine indéterminée (Étude du service neurologique de l'Hôpital Scolaire C. W. San), par MOZOŁOWSKI, M^{me} MORAWIECKA & TYCZKA (Varsovie).

Les auteurs réunissent 7 observations de jeunes gens de 21 à 26 ans, qui ont présenté une symptomatologie analogue : début brusque, douleurs à localisation variable et multiple. La durée de la période aiguë est de 2 à 7 semaines. L'évolution est bénigne. Les auteurs soulignent l'effet thérapeutique favorable de la ponction lombaire. Le liquide céphalo-rachidien a en général des caractères inflammatoires de faible intensité. Le début aigu indique le caractère infectieux de l'affection. La multiplicité des foyers encéphaliques et médullaires et les caractères particuliers de l'affection qui empêchent de la faire entrer dans des cadres déjà connus, plaide en faveur de la nécessité de la création d'une nouvelle entité pathologique.

III. — CHRONAXIE

Sur la chronaxie du système végétatif, par M^{lle} J. HURYNOWICZ.

L'auteur rappelle ses travaux antérieurs sur la chronaxie des glandes salivaires. Son travail actuel porte sur la chronaxie du système pileux, sudoripare et vasomoteur de l'homme, sur la chronaxie de subordination du pneumogastrique chez le lapin.

Les modifications de la chronaxie dans les états chroniques du parkinsonisme encéphalitique, par E. BENA (Prague).

La chronaxie des points moteurs dans les mêmes conditions physiologiques, par E. BENA (Prague).

La chronaxie de subordination envisagée comme une manifestation de la mémoire biologique, par le Prof. J. MAZURKIEWICZ.

La chronaxie de subordination est toujours acquise au cours de la vie individuelle. Chez l'adulte, la chronaxie des voies motrices est de 1 1/2 à 10 fois plus faible que chez le nouveau-né, c'est-à-dire que sa transformation se traduit par l'augmentation de l'excitabilité des voies motrices. Il s'agit là de l'augmentation de l'énergie potentielle du tissu nerveux. Ce changement de l'excitabilité énergétique a toujours un caractère spécifique.

La faculté de conservation du tissu nerveux est diamétralement opposée à son pouvoir de conduction. Mais les conséquences de cette faculté ne contrarient pas la conduction, tout au contraire ils la renforcent et la perfectionnent (sommation des excitations, chronaxie de subordination) ou encore ils créent de nouvelles formes d'excitabilité (réflexes conditionnels de Pawloff).

Ce rapport devient clair si l'on considère que la faculté de conservation se base sur l'augmentation de l'énergie potentielle spécifique. Il faudrait maintenant que les investigations physiologiques permettent la différenciation de la conduction « constitutionnelle » en rapport avec l'architecture cellulaire du tissu, de la conduction « de subordination » ou « mnésique » qui dépend du fonctionnement des centres.

Les facultés de conduction et de conservation varient, non seulement avec le niveau phylogénétique, mais même dans les diverses parties du système nerveux du même individu. Il existe des parties du système nerveux dont l'excitabilité décroît continuellement au cours du cycle vital de l'homme.

Modifications de la chronaxie vestibulaire au cours de la vie humaine, par M^{me} J. SKRZYPINSKA (Varsovie).

L'auteur étudie la chronaxie vestibulaire chez l'enfant, chez l'adulte et chez le vieillard. L'analyse des résultats obtenus est exposée dans un tableau récapitulatif. Il en résulte que la chronaxie vestibulaire monte progressivement depuis la naissance jusqu'à l'extrême vieillesse. Les chiffres obtenus par M^{me} S... sont supérieurs à ceux qui ont été enregistrés par

Bourguignon. Si les caractères acquis de la chronaxie vestibulaire et de la chronaxie motrice sont communs à ces deux chronaxies de subordinations, elles diffèrent par les caractères essentiels suivants :

1° Les valeurs définitives de la chronaxie motrice de subordination s'établissent relativement vite (16 à 17 mois selon Bourguignon). Les valeurs définitives de la chronaxie vestibulaire n'existent pas puisqu'elle évolue pendant toute la vie.

2° L'évolution de la chronaxie vestibulaire va dans le sens inverse par rapport à la chronaxie motrice, puisque l'une augmente pendant que l'autre diminue.

Si les modifications de la chronaxie motrice dépendent d'une fonction des centres nerveux supérieurs, les modifications de la chronaxie vestibulaire ne peuvent y être rattachées, car elles ne sont pas en parallélisme avec le cycle évolutif de l'activité cérébrale. Leur progression incessante durant la vie suggère l'idée que les facteurs qui les déterminent sont des facteurs hormonaux et chimiques en corrélation avec les processus d'assimilation et de désassimilation.

3° La chronaxie motrice de subordination donne des valeurs stables, caractéristiques pour l'espèce. La chronaxie vestibulaire est individuelle. La chronaxie motrice est liée à la fonction de centres nerveux supérieurs. La chronaxie vestibulaire est liée à l'émotivité des sujets dans un rapport inverse. L'influence du système neuro-glandulaire sur l'émotivité, d'une part, et les différences existant entre la chronaxie motrice et la chronaxie vestibulaire de l'autre, semblent s'ajouter pour suggérer la conception que la chronaxie vestibulaire acquise est une fonction subordonnée au système neuro-glandulaire.



IV. — COMMUNICATIONS LIBRES

L'histo pathologie des terminaisons nerveuses dans la tuberculose,
par le Prof. LAWRENTIEW et FILATOW (Moscou).

Un cas de sclérose en plaques isolée de la moëlle épinière,
par Th. DOSUZZKOV (Prague).

Un cas d'oligodendrogliome du lobe temporal droit à évolution insolite,
par A. GELBARD (Varsovie).

Observation d'une tumeur du lobe temporal droit, considérée d'abord comme une tumeur du 4^e ventricule, puis comme un processus diffus néoplasique des méninges cérébro-spinales. Cas évoluant au milieu d'une symptomatologie très complexe avec opisthotonos, signe de Bruns, épreuve de Queckenstedt positive. Accès de tachycardie, cyanose et respiration de Cheyne-Stokes, hémianopsie d'abord transitoire, puis définitive sans signes optiques, cris involontaires, accès d'obnubilation sans agitation des extrémités, troubles de l'ouïe « uncinat fil », macropsie, impossibilité d'apprécier les distances, sensation constante de froid et signes méningés. A l'examen histologique — oligodendrogliome avec métastases méningées.

**Formations cartilagineuses cause de compression médullaire
(queue de cheval), par S. BAU-PAUSSAK (Varsovie).**

A propos de l'observation d'une malade chez laquelle, en l'espace de quelques mois, s'est développé le syndrome de compression totale de la queue de cheval, dû à une tumeur cartilagineuse extra-durale, l'auteur passe en revue toutes les formations cartilagineuses extra-durales, susceptibles de donner ce syndrome. L'examen histologique a démontré que, dans le cas rapporté, il s'agissait plutôt d'un chondrome que d'un nodule cartilagineux de Schmorl.

Tumeurs cérébrales d'origine tuberculeuse, par J. BORYSOWICZ (Vilno).

La fréquence des processus tuberculeux de l'encéphale est plus grande que les chiffres donnés par les auteurs. Borysowicz croit que leur diagnostic clinique pendant la vie est possible. Pour le diagnostic de la nature tuberculeuse de la tumeur, sa localisation a une importance moindre que ses caractères biologiques.

Le diagnostic précoce est important à cause du choix de la conduite à tenir, car certains tuberculomes peuvent guérir quelquefois spontanément et l'intervention sanglante n'est pas toujours indiquée.

**Un syndrome mésencéphalique inaccoutumé,
par M^{me} S. ADAM FALKIEWICZ (Lwow).**

Une femme de 54 ans, hypertendue, est atteinte brusquement d'une paralysie bilatérale du muscle droit interne de l'œil avec signes cérébelleux, rires forcés et troubles de la parole. Il s'agit d'une petite hémorragie ou d'une oblitération d'une artériole du mésencéphale.

**Oblitération de l'aqueduc de Sylvius due à la prolifération de l'épendyme,
par W. JAKIMOWICZ & Z. KULIGOWSKI (Varsovie).**

Un homme de 24 ans, présentant de l'hypertension intra-cranienne depuis trois mois, meurt à la suite de l'arrêt de la respiration. A l'autopsie : hydrocéphalie marquée avec oblitération complète de l'aqueduc de Sylvius par le tissu glial sous-épendymaire proliféré. Prolifération d'origine infectieuse indéterminée.

**Méningite nécro-toxique dans un cas de nécrose étendue
de la moëlle épinière, par W. JAKIMOWICZ et J. GRABARZ (Varsovie).**

Un homme de 44 ans présente brusquement des signes méningés et le syndrome d'une lésion transversale totale de la moëlle. Liquide céphalo-rachidien trouble, contenant 0,1 % d'albumine et une grande quantité de neutrophiles bien conservés. L'examen bactériologique est négatif. Le malade meurt de septicémie après 25 jours de maladie. A l'autopsie : nécrose totale de la moëlle à partir de D/4 jusqu'à son segment lombaire sans réaction inflammatoire. Il s'agit probablement d'un spasme artériel sans

signes d'artério-sclérose. Le syndrome méningé et la leucocytose du liquide céphalo-rachidien doivent être considérés comme conséquence des processus de nécrose étendue.

Lésions de la duré-mère dans un cas de glioblastome du cervelet ayant simulé des lésions tuberculeuses, par Z. W. KULIGOWSKI (Varsovie).

A propos d'un cas personnel où l'intervention chirurgicale pour un glioblastome du cervelet a été interrompue et abandonnée à cause de la présence de petites nodosités dure-mériennes, rappelant les lésions tuberculeuses. L'autopsie n'a pas confirmé ce diagnostic. L'auteur met en garde contre des erreurs analogues.

Un cas rare d'érythromélagie au cours d'une polyglobulie,
par S. RAJCA (Lwow).

Exposé de l'observation où l'auteur décrit les lésions locales qui coïncident avec de la polyglobulie.

Symptômes de tumeurs de la partie inférieure de la région pariétale gauche (circonvolution ascendante et pariétale inférieure), par A. SLACZKA (Cracovie).

A la suite de l'analyse de deux observations personnelles et de cas analogues existant dans la littérature, l'auteur dégage le syndrome particulier caractéristique pour les tumeurs des circonvolutions pariétale, ascendante, et de la partie antérieure de la pariétale inférieure de l'hémisphère gauche.

1° Troubles moteurs — hémiparésie droite, pauvreté de la mimique ;

2° Troubles sensitifs — troubles de la sensibilité profonde, plus accusée que ceux de la sensibilité superficielle. Agnosie tactile et astéréognosie ;

3° Troubles mnésiques associés — agraphie — alexie — aphasie, troubles de la conduction (Leitungsaphasie) et aphasie amnésique, — acalculie, troubles digitaux de la main droite ;

4° Troubles psychiques — inhibition, absence de spontanéité, indécision, troubles de la réflexion et de l'idéation supérieure, dépassant la sphère des nécessités quotidiennes.

Plus rarement, on peut rencontrer des troubles cérébelleux, voire vestibulaires, de l'atrophie musculaire débutant par les petits muscles de la main, enfin des sincynésies de la main droite.

Dans ses observations personnelles, l'auteur souligne les lésions destructives de la selle turque, dues à l'hypertension crânienne. Dans l'installation des troubles, trois facteurs semblent jouer un rôle fondamental : 1° l'amnésie, 2° la persévérance des troubles gnostiques et d'expression et 3° l'altération du sens constructeur de l'idéation, qui consiste à différencier les détails et à les grouper dans un certain ensemble.

SECTION PSYCHIATRIQUE

1. — COMMUNICATIONS LIBRES

Contribution à la discussion sur les services psychiatriques libres,
par OTAKAR JANOTA (Prague).

Atrophie de Pick, par le Prof. V. HASKOVEC (Prague).

Etude sur la teneur en brome du sang des malades atteints de psychoses,
par M. SYROTA & W. TERAJEWICZ (Choraszczy).

L'auteur étudie la teneur en brome dans le sang des malades psychiques, surtout pendant la période menstruelle. L'influence de la menstruation sur les manifestations psychiques est connue de longue date. Ce fait souligne l'influence des glandes endocrines sur les psychoses. Chez les femmes normales, la quantité de brome dans le sang pendant la période menstruelle ne dépasse pas le chiffre normal (1 mmgr. ou 100 γ %). Chez les femmes atteintes de psychoses dans 64 % des cas, le taux de brome contenu dans le sang pendant la période menstruelle a été abaissé dans les limites variant de 720 γ % à 316 γ %. Les malades examinés étaient en général des schizophrènes. Chez les malades hommes et chez les femmes en dehors des règles, en période d'excitation et de dépression, le taux de brome est abaissé à 320 γ %.

La technique des dosages suivant la modification de Bier et Roman est longue et compliquée. De toutes les glandes endocrines, c'est l'hypophyse qui contient le plus de brome dans sa partie antérieure. Il est possible que l'hypophyse intervienne dans l'abaissement de la quantité de brome. Il serait intéressant également de déterminer si l'abaissement du taux de brome est primitif ou s'il est subordonné aux troubles généraux de l'organisme.

La réaction de sédimentation des globules rouges dans les psychoses,
par S. SWIERCZEK et Mme S. KAISER-SWIERCZEK (Dziekanka).

Les auteurs rapportent les résultats de la réaction de la sédimentation des globules rouges, pratiquée chez 194 malades atteints de diverses psychoses. Il résulte de cette étude que cette réaction non spécifique ne peut pas être appliquée pour le diagnostic différentiel en psychiatrie, bien que souvent les résultats de la réaction sont intéressants à enregistrer.

La « Protection Familiale » des malades psychiques dans la province de Vilno, par Mme H. JANKOWSKA (Vilno).

Exposé de l'organisation du fonctionnement et des résultats obtenus par la « Protection Familiale » des malades atteints de psychoses dans la région de Vilno.

II. — BIOLOGIE CRIMINELLE

Le criminel à la lumière de la psychanalyse, par BYCHOWSKI (Varsovie).

L'auteur traite dans son travail de l'importance de la psychanalyse pour différencier, dans le caractère criminel, les facteurs extrinsèques et intrinsèques. Ensuite, il s'occupe du crime banal et du crime exceptionnel, du criminel pervers et du criminel psychopathe, de la genèse de la déchéance morale dans la criminalité infantile, de la psychologie du crime et de certains de ses mécanismes.

Plus loin, il expose l'importance de l'éclaircissement des mobiles inconscients et présente le double aspect de l'acte criminel. L'auteur expose quelle influence peut avoir la psychanalyse sur la marche du procès criminel et sur le rapport médico-légal. Enfin, il s'occupe de la question de prophylaxie, du traitement et du rôle de la psychanalyse dans la réforme de la loi criminelle.

La loi tchécoslovaque à l'égard des mineurs et le point de vue de la biologie criminelle, par K. POPEK (Brno).

Etude de biologie criminelle dans son application aux criminels mineurs, par Mme W. SPECTOR.

En se basant sur les différences qui existent dans les manifestations biologiques et les fonctions physiologiques de l'enfant par rapport à l'homme adulte, l'auteur déduit que les actes criminels de l'enfant doivent être analysés et appréciés d'après les caractères correspondant à l'âge des délinquants.

Mme Spector expose et compare les différences qui existent suivant les pays dans l'application des lois se rapportant à la criminalité infantile et souligne les nombreuses divergences, en particulier pour la Russie, la France et l'Allemagne. Les différences des méthodes d'examen se répercutent sur les statistiques. L'auteur développe l'idée de l'hérédité et des conditions sociales qui interviennent dans la criminalité des mineurs et termine par l'exposé de la question sur le terrain polonais, pour formuler dans ses conclusions des vœux pour la réalisation de réformes pressantes.

FRIBOURG-BLANC.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

NEURO-PSYCHIATRIE

Enfance et hérédité, par A. LESAGE, Membre de l'Académie de Médecine, Médecin honoraire des Hôpitaux (1 vol. in-12 de 104 pages avec 6 figures et 6 planches hors texte, Masson et Cie, édit., Paris, 1933).

Cet ouvrage est le résumé des belles leçons faites par le Dr A. Lesage, à l'Hôpital de la Charité, en 1932 et 1933. Il est le fruit d'une longue suite d'observations et l'exposé de réflexions personnelles. L'auteur désire, avant tout, réagir contre cette tendance si fréquente à attribuer toutes les maladies du nourrisson à des acquets alors que nombre d'entre elles relèvent de l'hérédité. Ce n'est pas à l'hôpital, écrit-il, mais dans la clientèle de ville que l'on peut vraiment juger l'influence de l'hérédité. L'enfant vient au monde chargé des tares ancestrales. A côté de la clinique, les études de l'hérédité doivent tenir une des places capitales.

Si l'hérédité extériorisée dès la naissance (telles certaines manifestations d'hérédo-syphilis), éclate aux yeux, il est des hérédités latentes dont il faut savoir, dès ce moment, rechercher les stigmates, qu'on peut classer ainsi en 3 catégories : l'aspect de la chute de poids à la naissance, l'aspect et l'évolution des os du crâne ; le poids et la taille et leur évolution, la débilité. Il est indispensable aussi de séparer cliniquement les débilités des atrophies et d'étudier séparément chacune d'elles à tous les points de vue.

M. A. Lesage donne ici une classification très claire des hérédités morbides, hérédités locales, hérédités d'infection, hérédité d'intoxication, hérédité « explosive », hérédité arthritique.

La deuxième partie de l'ouvrage est consacrée à l'étude de l'hérédité arthritique. L'arthritisme n'est pas seulement une vague « prédisposition », c'est un produit de l'hérédité. M. A. Lesage en met en lumière les principaux caractères en insistant sur la grande impressionnabilité du système nerveux, surtout vaso-moteur, de l'arthritique. Il résume aux différents âges le tableau de la débilité arthritique, héréditaire et familiale (1) et montre qu'à toutes les périodes de la croissance, on peut juger du degré de la débilité arthritique par l'étude du psychisme de l'enfant, tantôt excité,

(1) A. LESAGE. — *La débilité arthritique*, Doin, Paris, 1921.

instable, incapable d'attention, tantôt « trop sage, absent », indifférent, inerte. Le principal symptôme est la difficulté, en temps ordinaire, ou l'impossibilité, pendant les crises, de faire un effort intellectuel, même de courte durée ; l'attention volontaire est limitée, et, de ce fait, la mémoire entravée, alors qu'il s'agit d'un enfant normalement intelligent. Cet état peut s'accompagner de crises d'agitation, de tics, de vertiges, de sommeil, d'accès de fièvre, de déséquilibre à la moindre cause, et de crises digestives variées.

Indiquant les grandes lignes du diagnostic, basé sur l'ensemble de la maladie et son évolution, M. A. Lesage met en évidence le déséquilibre total ou partiel des nombreuses fonctions hépatiques d'où découlent les petites intoxications variables et répétées contre lesquelles le sujet réagit avec vivacité à cause de l'état particulier de son système nerveux, plus récemment attribué au déséquilibre vago-sympathique, et qui constitue ce qu'on a appelé le *neuro-arthritisme*. C'est en observant l'enfance que cette idée s'affirme. L'auteur rappelle la phrase de Mouriquand, disant de l'arthritisme : « On sort de l'hôpital en le niant, mais on le retrouve dès les premiers pas de sa pratique personnelle et on finit par composer avec lui. »

Des conseils de diététique et de thérapeutique terminent cette intéressante synthèse des nombreux problèmes qui se présentent au médecin dès que l'enfant vient au monde. Tenu par ses disciplines de rechercher chez les ascendants la cause possible des troubles qu'il observe, et de tenter de prévoir l'avenir de ses malades, le neuro-psychiatre lira avec intérêt ces pages consacrées à l'étude de l'hérédité chez l'enfant, et dans lesquelles M. A. Lesage a condensé l'effort et les résultats de sa longue expérience.

René CHARPENTIER.

L'épilepsie cardiaque, par le Dr Bernard HOMBERG. 76 p., Imprim. de l'Université. Thèse, Bordeaux, 1933.

Développement du chapitre du rapport du professeur Abadie à la Réunion neurologique internationale, consacré aux « Conceptions étiologiques modernes sur les épilepsies (1932) », ce travail, très clair et bien documenté, constitue une revue générale complète de tout ce qui a été publié jusqu'à ce jour sur ce sujet. Un certain nombre d'observations caractéristiques ont établi, en effet, l'existence incontestable de l'épilepsie cardiaque, et donné tort à ceux qui ne voyaient dans ce type que la simple coïncidence accidentelle de convulsions et de symptômes cardiaques. Cliniquement, toutes les variétés du syndrome épilepsie peuvent s'observer depuis la grande crise jusqu'aux équivalents, mais on doit distinguer, d'après le contexte, deux groupes : le premier comprend : les accidents épileptiques observés dans le syndrome de Stokes-Adams et les autres troubles du rythme ; le second concerne ceux qui sont liés aux autres cardiopathies surtout parvenues au stade de décompensation. La pathogénie ne paraît pas être univoque : dans la Bradycardie permanente, les convulsions sont intimement liées au trouble du rythme, elles apparaissent au cours d'un ralentissement paroxystique du pouls spontané ou provoqué, et l'on peut penser que l'anémie encéphalique joue un rôle prépondérant. Par contre, la relation de cause à effet est beaucoup moins nette dans l'épilepsie des asystoliques ; presque toujours, on retrouve dans ces derniers cas, des lésions épileptogènes antérieures, jusque-là silencieuses, et les perturbations circulatoires tombent au rang de causes occasionnelles ou tout au

plus favorisantes. Pratiquement, étant donnée la méconnaissance fréquente de cette forme d'épilepsie, il sera bon d'effectuer systématiquement chez tous les malades qui présentent tardivement des accidents de la série épileptique et, *a fortiori*, chez tous ceux qui sont atteints d'une cardiopathie : la prise de la tension artérielle et des examens électro-cardiographiques répétés.

Robert PAULY.

ENDOCRINOLOGIE

Physiopathologie des syndromes endocriniens, par Noël FIESSINGER, Professeur de Pathologie expérimentale et comparée, Médecin de la Charité. (1 vol. de 318 pages avec 42 figures, Masson et C^{ie} édit., Paris 1933).

Ce livre s'adresse à l'étudiant et au médecin. Il contient toute l'essence de l'endocrinologie moderne et a pour but de relier, dans une chaîne ininterrompue, l'expérimentation normale, l'expérimentation pathologique, les syndromes cliniques, les moyens d'exploration et les directives thérapeutiques.

Après un chapitre d'introduction, où il étudie surtout les interdépendances fonctionnelles et les complexités organiques, l'auteur passe en revue les surrénales avec leurs syndromes : toxique et tensif ; le corps thyroïde avec l'hypothyroïdie et l'intoxication thyroïdienne ; les glandes parathyroïdes où il met au point les hypo et les hyperparathyroïdies ; l'hypophyse avec le chapitre complexe des syndromes hypophysaires ; les deux abandonnées, la grande pinéale et le thymus ; les glandes génitales avec leurs hormones ; le pancréas et les syndromes insuliniques ; le foie, les applications à la clinique des faits connus sur le métabolisme des glycides et des protéides, et une vue d'ensemble sur les hypo et hyperhépaties ; puis la rate dont les fonctions complexes prennent de plus en plus d'étendue dans l'étude des splénomégalias ; ainsi que les reins dont la fonction interne est un sujet de constante actualité.

Enfin ce livre analyse la cellule mésenchymateuse dont la fonction interne est toujours délaissée, peut-être parce que trop polymorphe, trop complexe et trop étendue, et quelques grands syndromes mixtes : les syndromes pluri-glandulaires ; le gigantisme et le nanisme ; l'obésité et l'amaigrissement ; les petites insuffisances endocriniennes.

Dans un chapitre de directives thérapeutiques, l'auteur, qui s'élève contre l'imprécision et la fantaisie, l'« à peu près », dans lesquels tomberait l'endocrinologie en s'éloignant des bases solides de la physiologie et de la pathologie expérimentale, fixe les règles précises d'une thérapeutique réellement scientifique.

R. C.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Comment combattre les anomalies infantiles. Conseils aux parents, par le Dr Jacques ROUBINOVITCH, Médecin honoraire de Bicêtre et de la Salpêtrière, (1 brochure 13 x 18, 136 pages, Fernand Nathan édit., Paris 1933).

Dans cet opuscule, l'auteur donne une vue synthétique sur l'éducation de l'enfant, normal ou anormal, de la naissance à la puberté. Il s'attache à

montrer les difficultés essentielles de l'éducation et de la formation d'un enfant mentalement anormal, arriéré, retardé ou instable.

Il demande aux parents de se pénétrer de l'idée de leur responsabilité de procréateurs, d'apprendre à discipliner leur amour maternel ou paternel, de s'appliquer dès la naissance de l'enfant à observer son mode de développement, de se préoccuper des moindres manifestations de retard des fonctions motrices et sensorielles.

C'est dans une intervention hygiénique et thérapeutique précoce que résident les chances de succès de la lutte contre les anomalies mentales infantiles.

R. C.

JOURNAUX ET REVUES

HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE

Liste des pensionnaires de la Charité de Senlis, Maison d'aliénés et de correctionnaires au XVIII^e siècle, d'après des documents inédits, par le Dr Paul SÉRIEUX, médecin hon. de l'Asile Saint-Anne (*Bull. de la Soc. française et de la Soc. lyonnaise d'Histoire de la Médecine*, sept.-oct. 1933, pages 260-282).

Au XVIII^e siècle, la « Charité » de Senlis avait acquis, comme les autres maisons de santé des Frères de la Charité (Charenton, Château-Thierry, etc.), une réputation méritée. On y savait les pensionnaires traités « avec amour et charité ». La Charité de Senlis, la plus importante de l'Ordre après Charenton, reçut dans ses 88 lits des malades mentaux en traitement, des jeunes libertins en correction, des anormaux à réactions antisociales pour assurer la prophylaxie criminelle.

A l'aide de diverses sources, M. Paul Sérieux établit une liste de 207 entrées, de 1729 à 1789, à la Charité de Senlis, et étudie 118 cas sur lesquels il a pu trouver des renseignements, parfois très circonstanciés, parfois sommaires. Sur ces 118 admis, il a trouvé 78 aliénés, 32 correctionnaires, 4 pensionnaires libres, 3 prisonniers d'Etat (Jansénistes, convulsionnaires) et 1 non aliéné. L'importance de la fonction sociale remplie par les maisons de force de l'Ancien Régime (y compris la Bastille) a été généralement méconnue. La Charité de Senlis a rendu, comme *maison d'aliénés*, des services éminents. Les malades y étaient l'objet de soins éclairés. Le traitement, exclusivement médical, était appliqué avec douceur et moins éloigné qu'on ne le croit de nos méthodes contemporaines. Nulle part, il n'est fait mention de possession démoniaque ni d'exorcisme. Les règles pour la division et le classement des malades, le traitement moral, la surveillance continue, la liberté plus ou moins grande accordée à certains, les visites, la correspondance étaient, à peu de chose près, les mêmes qu'actuellement. Comme *maison de correction*, l'Etablissement avait pour but le redressement moral

des jeunes libertins. Enfin la Charité de Senlis remplissait le rôle d'*asile de sûreté*.

Cette intéressante étude est suivie de 26 observations résumées. Elle complète les beaux travaux de M. P. Sérieux et de ses collaborateurs, Trénel et Libert, sur le régime des aliénés en France au XVIII^e siècle, travaux dont il a été rendu compte à nos lecteurs. Des sources, imprimées ou manuscrites, dans lesquelles il a poursuivi ses recherches, M. P. Sérieux conclut que les pensionnaires des maisons de Force de l'Ancien Régime n'étaient pas « des victimes du despotisme » et, s'élève contre « les légendes propagées par certains historiens ».

René CHARPENTIER.

PSYCHIATRIE

La dépersonnalisation (Die Depersonalisation), E. STORRING. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, Vol. 98, fasc. 4, 1933.

Le phénomène de la dépersonnalisation a fait l'objet de nombreux travaux, depuis sa première description due à Krishaber. Les auteurs qui ont essayé d'expliquer son mécanisme psychopathologique, ont tous eu le tort de vouloir interpréter d'une manière uniforme tous les cas. Ils ont considéré comme une entité psychologique simple la conscience du moi, qui est en réalité une entité complexe à la constitution de laquelle plusieurs facteurs participent. Or, la dépersonnalisation peut résulter de l'atteinte d'un quelconque de ces facteurs constituants. Toutes les théories, qu'il s'agisse des théories sensualistes, émotionnelles, de celles qui invoquent la perte des sentiments d'activité, ou des « sentiments d'action », de la théorie de Janet, de la théorie de Schilder, etc., renferment donc une part de vérité. L'auteur fait un aperçu critique de ces théories ; certaines d'entre elles soulèvent des objections de détail plutôt que de fond, telles les théories sensualistes, telle la théorie de Schilder qui fait intervenir une tendance obsessionnelle, irrésistible à l'auto-observation (*Krampfhaftes Selbstbeobachtung*) et sur laquelle l'auteur insiste plus longuement.

Dans la 2^e partie du travail, l'auteur expose, avec des observations à l'appui, la genèse de la dépersonnalisation, selon les différents mécanismes précités. Seuls les cas non accompagnés de troubles hallucinatoires ou délirants doivent être pris en considération. Les caractères évolutifs sont nettement différents suivant les causes en jeu. Ceci est vrai, en particulier pour les cas auxquels s'applique la théorie de Janet-Schilder, de la tendance obsessionnelle à l'auto-observation.

Mais il y a un facteur causal dont l'importance pour la genèse de la dépersonnalisation a échappé à tous les auteurs ; c'est l'état d'« obnubilation oniroïde » (*traumhafte Benommenheit*), fréquemment observé soit au début, soit au cours de l'évolution du syndrome. Cette obnubilation oniroïde paraît être en relation avec des états d'excitation (anxieuse par exemple), ou d'épuisement. Elle a pour conséquence des impressions d'étrangeté, soit des objets ambiants, soit de la propre personnalité, des perturbations dans le domaine de la sensibilité générale et de la cœnesthésie, parfois la suspension des sentiments d'activité. A l'aide d'observations, l'auteur montre le rôle de l'obnubilation oniroïde, qui, en combinant son action avec celles des autres facteurs psychologiques, crée d'abord plusieurs formes de l'impres-

sion d'étrangeté et ensuite le syndrome de la dépersonnalisation sous différents aspects. Ce travail est donc plus qu'une mise au point critique, puisqu'il apporte une contribution nouvelle à la psychologie de la dépersonnalisation, grâce à l'intervention, invoquée par l'auteur, d'un facteur psychologique dont le rôle a été, jusqu'ici, méconnu.

E. BAUER.

L'écho de la lecture. Contribution à l'étude des hallucinations auditives verbales, par Ferdinand MOREL (de Genève). (*Encéphale*, mars 1933, n° 3, pages 169-183).

L'écho de la lecture paraît n'être qu'une forme particulière d'hallucination auditive verbale.

Après avoir fait une analyse très minutieuse du mécanisme psycho-pathologique de cette manifestation mentale particulièrement fréquente dans les psychoses hallucinatoires de la femme et les « délires auditifs subaigus alcooliques » de l'homme, l'auteur conclut comme suit :

« Pour l'appliquer à l'écho de la lecture, le terme d'hallucination auditive verbale ne paraît pas se justifier mieux que celui d'hallucination musculaire verbale. Certes, dans la conscience du malade la résultante des mécanismes pathologiques évoque principalement l'audition. Elle s'exprime surtout en termes d'audition. Mais nous sommes déjà loin des phénomènes élémentaires et déjà, en somme, dans l'interprétation à l'état naissant. Par contre, le terme d'hallucination musculaire verbale nous paraît exprimer précisément ces phénomènes plus élémentaires, indispensables pour que l'écho apparaisse, et il les exprime en termes de motricité et non de pure introspection. Sur ce plan, les phénomènes d'écho se montrent peut-être moins inaccessibles à l'observation directe, à la mesure et à la vérification expérimentale. »

Roger ANGLADE.

A propos d'un état paranoïde, par E. EVRARD (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, avril 1933).

Observation d'une jeune fille de 37 ans, internée avec le diagnostic de démence paranoïde. Début à l'âge de 16 ans, après d'excellentes études, par des troubles du caractère, des tentatives étranges de suicide et l'installation progressive d'une dissociation psychologique dans laquelle se retrouvent les caractères classiques d'une démence pragmatique.

Il existe des idées délirantes dans lesquelles domine une certaine activité imaginative (voyages), et des illusions de sosies. A ce sujet, l'auteur se demande dans quel groupe nosologique doit être rangée son observation. Il discute le diagnostic différentiel entre la démence précoce paranoïde et les diverses formes de paraphrénie de Kræpelin. Après un essai infructueux de la méthode des tests, l'auteur conclut d'après la simple observation clinique qu'on n'observe pas chez sa malade un affaiblissement global et constant.

Passant à l'analyse des idées délirantes, il envisage et discute plusieurs mécanismes psychologiques possibles : réminiscences de lectures, confusion du rêve et de la réalité. Il discute également le mécanisme psychologique de l'illusion des sosies. L'explication générale du désintérêt pour le réel, et la prédominance de l'activité psychologique incontrôlée, qui confond le réel et l'imaginaire, lui paraît résider avec Divry, Minkowski dans

l'hypertrophie du moi spéculatif au détriment du moi intuitif, pratique. Rappelant les travaux de P. Janet sur la psychasthénie, l'auteur croit qu'on peut concevoir une liaison, entre la perte de la fonction du réel, le sentiment d'étrange et de mystérieux manifesté par sa malade au début de sa psychose, et l'état schizophrénique confirmé. La malade glisse de l'état obsédant du psychasthénique vers l'état délirant du schizophrène.

Le terme de psychose paranoïde schizophrénique proposé par Claude ou celui de démence précoce paranoïde (dans le sens de démence pragmatique) lui paraît le mieux s'appliquer à l'observation de la malade.

SENGÈS.

Contribution au problème de la fréquence de la tuberculose dans les asiles d'aliénés et de ses rapports avec la schizophrénie (Beitrag zur Frage der Tuberkulosehäufigkeit in der Irrenanstalt und ihrer Beziehung zur Schizophrenie), par Z. WECHSLER. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, Vol. XXXI, fasc. 1^{re}, 1933.

L'auteur analyse les statistiques de l'Asile de Rheinau (Suisse), entre 1910 et 1931. La fréquence de la tuberculose a beaucoup diminué chez tous les malades, quelle que soit la nature de leur maladie mentale. Elle est plus rare chez les malades de l'Asile que dans la population des environs. La mortalité due à la tuberculose n'est pas plus grande chez les schizophréniques que chez les autres malades mentaux. Il ne paraît donc pas justifié d'admettre une relation étroite entre les deux affections.

E. BAUER.

A propos des cas de schizophrénie avec signes neurologiques, par G. BYCHOWSKI. (*Warszawskie Czasospismo Lekarskie*, t. X, n° 18 du 4 mai 1933 et n° 19 du 11-4-33).

Bychowski réunit 5 observations de schizophrènes dont il relate les détails cliniques. Bien que ces malades ne présentent rien de particulier au point de vue psychiatrique, ils méritent de retenir l'attention en raison de l'existence de signes neurologiques évidents et entre autres l'existence constante du signe de Rossolimo.

Ces observations inspirent à Bychowski les réflexions suivantes : le fait même de l'existence de signes neurologiques ne doit pas étonner, car le processus pathologique peut avoir sa localisation. La schizophrénie se distingue par l'extrême variabilité des réflexes.

L'interprétation de ce caractère pathologique exige, en dehors de l'argumentation anatomique, une explication dynamique. Déjà chez l'homme normal l'intensité des réflexes varie en rapport avec certaines conditions telles que la position du corps et l'état neuro-végétatif qui se trouvent sous l'influence de l'élément psychique.

Ces deux facteurs ont un point commun qui réside dans la chronaxie. Ces considérations enlèvent à l'existence du signe de Rossolimo, constaté chez les malades de Bychowski, sa signification localisatrice. Sa présence, comme l'existence du signe de Bumke et celui de Bumke-Kehrer, peuvent indiquer la participation du centre neuro-végétatif, mais Bychowski estime que l'intérêt essentiel de ses remarques possède un caractère plus général et sert de contribution à la constatation de la variabilité des réflexes en général.

FRIBOURG-BLANC.

De la schizophrénie chez les épileptiques (Über Schizophrenie bei Epileptikern), par I. WYRSCH. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, Vol. XXXI, fasc. 1^{er}, 1933.

La coexistence, chez le même malade, d'épilepsie idiopathique et de schizophrénie est très rare. L'auteur a fait une enquête sur 10.000 observations ; dans 16 cas seulement, le diagnostic d'une association schizophrénie-épilepsie peut être discuté. Mais dans la grande majorité des cas, il s'agit de troubles psychiques atypiques, catatoniformes, paranoïdes, etc., apparus sur le fond de l'épilepsie et déterminés par elle. Dans 2 cas, l'association de troubles schizophréniques et de troubles épileptiques, indépendants entre eux, paraît certaine. L'auteur rapporte les deux observations ainsi qu'une autre, dans laquelle il s'agit plutôt d'une schizophrénie réactive, en rapport avec l'épilepsie.

E. BAUER.

Un cas de démence avec épilepsie, par M. H. HOVEN. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, juillet 1933).

Observation d'un état démentiel, ayant les caractères cliniques d'un cas de démence précoce, accompagné de crises nerveuses. Considérations sur le diagnostic différentiel de ces crises.

SENGÈS.

Un cas de démence à la ménopause. Démonstration de pièces anatomiques, par M. H. HOVEN. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, juillet 1933).

Examen des pièces anatomiques d'un cas de démence dont l'observation a été relatée à la Société de Médecine mentale belge (Voir *Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, février 1931).

SENGÈS.

Des formes atypiques de la paralysie générale (Ueber atypische Formen von Paralyse), par HAAKON SAETHRE. *Acta psychiatrica et Neurologica*, vol. VIII, fasc. 1-2, 1933, Copenhague.

La réaction de Bordet-Wassermann a été positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien de 127 paralytiques généraux, sur 135 examinés. Les 8 cas restants se répartissent de la manière suivante : 4 cas avec réaction négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, 3 cas avec réaction négative dans le liquide céphalo-rachidien, positive dans le sang, 1 cas avec réaction positive dans le liquide céphalo-rachidien seulement. Dans un cas, la réaction fut négative dans les deux liquides à de nombreuses reprises, alors que l'albuminose, la lymphocytose et les réactions colloïdales furent absolument typiques. L'auteur signale en outre un cas de paralysie générale survenue 2 ans après impaludation d'un tabès, et 2-3 cas de paralysie générale chez des sujets ayant présenté auparavant des accidents neuro-syphilitiques précoces.

E. BAUER.

L'influence de la malaria endémique sur la paralysie générale (Über den Einfluss der endemischen Malaria auf die progressive Paralyse), par O. FRANKE. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, Vol. 99, fasc. 6-8.

L'enquête sur la paralysie générale en Grèce et en Bulgarie a démontré que la malaria endémique ne joue aucun rôle prophylactique contre la métasyphilis. Pourtant la malaria inoculée a les mêmes effets thérapeutiques que dans les autres pays.

E. BAUER.

Un cas de psychose tabétique (Un caso de Psicosis tabetica), par Fugencio FUERTES. *Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*. T. XXXVI, n° 8; pp. 245-247, 25 février 1933.

Un tabétique, dont la sclérose dorsale dure depuis 20 ans, présente des signes d'évolution ascendante et le diagnostic des troubles mentaux se pose. L'auteur rejette celui de psychose alcoolique et celui de paralysie générale. La réalité de la psychose tabétique a été souvent mise en doute; toutefois, il paraît légitime de la considérer comme une forme clinique spéciale quand, à l'exemple du cas présent, un état hypocondriaque et un délire hallucinatoire surtout cœnesthésique, accompagnent une démence légère à évolution lente et irrégulière.

P. CARRETTE.

Deux cas de tumeurs frontales avec troubles psychiques prédominants, par H. BAONVILLE, J. LEY et J. TITECA. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, juillet 1933).

Le diagnostic des tumeurs frontales est particulièrement difficile, ces dernières se manifestant le plus souvent d'emblée par des altérations profondes de psychisme, bien avant que n'apparaissent les symptômes neurologiques des tumeurs cérébrales, signes d'hypertension intracrânienne, stase papillaire, etc. Aussi, un certain nombre de malades atteints de tumeurs frontales sont-ils parfois dirigés vers des cliniques psychiatriques et; j'ajoute, parfois internés dans un asile d'aliénés, avec le diagnostic de paralysie générale, mélancolie, déficit intellectuel d'origine artérielle, etc. Un examen clinique minutieux permettra souvent d'écarter ces erreurs, si on pense à l'existence possible d'une tumeur frontale et si on en recherche les signes.

Les auteurs publient deux observations détaillées intéressantes, indépendamment de la question du diagnostic des tumeurs frontales, comme contribution à l'étude de la physiologie, encore si obscure des lobes frontaux.

SENGÈS.

Le syndrome de Korsakoff d'origine paludéenne, par MM. Paul VERSTRAE-TEN et Léon DE Vos. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, avril 1933).

Le syndrome de Korsakoff, presque toujours d'origine alcoolique, peut se rencontrer dans d'autres circonstances. Les auteurs publient l'observation d'une malade de 43 ans, dont les antécédents généraux et névropathiques sont assez chargés (tuberculose ancienne guérie au sanatorium, syphilis conjugale possible, une tentative de suicide dans la jeunesse après déception amoureuse). Elle fut atteinte aux colonies de plusieurs accès de paludisme. A la suite de grandes fatigues et d'un choc émotif, le malade présente

brusquement une crise qualifiée d'évanouissement, à laquelle a succédé un état confusionnel avec troubles amnésiques et troubles de la marche. Les réflexes rotuliens et achilléens étaient presque abolis, les mollets un peu atrophiés et douloureux à la pression. A noter une tentative de suicide 10 jours après son admission à l'hôpital. Examens biologiques normaux, sauf la présence de nombreuses plasmodies dans le sang. Le traitement par la quinine fait disparaître les hématozoaires du sang, mais les symptômes cliniques ne sont guère modifiés. La fabulation était pauvre, et les auteurs semblent opposer la pauvreté de cette fabulation, aux observations de polynévrite alcoolique fabulante publiées par le professeur Ley. Ils concluent que leur cas relève d'une étiologie complexe, paludisme chronique, épuisement, terrain névropathique.

SENGÈS.

Sur un cas de confusion mentale récidivante, par Angello VANELLI (de Novare). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*) mai-juin 1933, A.-XI^e.

L'auteur présente un cas de confusion mentale, qui a présenté en 12 ans cinq récidives. Le premier accès survint à l'âge de 16 ans. Un examen approfondi du système endocrinien fit découvrir une insuffisance endocrinienne du type hypothyroïdien, hyposurrénal, hypogénital. Cette insuffisance endocrinienne plaçait le sujet en état de moindre résistance vis-à-vis des poisons divers qui peuvent se trouver dans tout organisme et qui, dans ce cas, s'éliminaient d'une façon incomplète.

P. ABÉLY.

Les troubles de l'intelligence dans l'encéphalite épidémique chronique (Über die Störungen der Intelligenz bei Enzephalitis epidemica chronica) par I. DRETLE. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, Vol. XXX, fasc. 2 et Vol. XXXI, fasc. 1^{er}, 1933.

L'expérimentation psychologique permet d'affirmer, chez les encéphaliques, l'existence d'un déficit intellectuel progressivement croissant. Mais il faut discriminer entre les troubles par inhibition psychique, ceux dus à l'atteinte des systèmes praxique et gnosique, et ceux dus à l'affaiblissement intellectuel proprement dit, c'est-à-dire d'ordre démentiel. La discrimination est souvent difficile. L'auteur a été amené, par ses recherches personnelles, à admettre l'existence de troubles démentiels, discrets et très lentement progressifs il est vrai, et il cite à l'appui de cette hypothèse les travaux récents sur les lésions corticales primitives observées dans l'encéphalite épidémique chronique.

E. BAUER.

Au sujet du déclenchement, par des causes externes, des psychoses endogènes (Zur Frage der Auslösung endogener Psychosen durch äussere Psychosen), par A. BOSTROEM. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1933, n° 25.

Les facteurs exogènes peuvent déclencher des psychoses endogènes, psychose maniaque-dépressive et schizophrénie, mais non les déterminer. Les causes générales toxiques, infectieuses, débilitantes, les causes agissant directement sur les centres nerveux, peuvent jouer ce rôle. Les psychoses déclenchées de cette manière sont le plus souvent caractérisées par la brusquerie et la violence du début ou par leur aspect atypique, des troubles de nature exogène se surajoutant aux symptômes appartenant à la psychose

endogène : exemple, la manie confuse, etc. L'importance des facteurs exogènes a été démontrée en particulier par les observations de Lange sur des jumeaux univitellins. Dans l'appréciation de ces causes, l'expert peut se trouver en face de problèmes très délicats, lorsqu'il s'agit par exemple d'une récurrence de maladie, dont le premier accès a été déclenché par une cause externe.

E. BAUER.

Accès de mélancolie, par M. NEVE. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, juillet 1933).

Observation d'un « névropathe » constitutionnel faisant une crise de mélancolie à la suite de son mariage. Tendances au suicide et à l'homicide ayant nécessité l'internement. Conduite à tenir en cas de refus de la femme de reprendre la vie commune, après guérison, dans la crainte d'une rechute.

SENGÈS.

Les phénomènes « d'effet », par REVAULT D'ALLONNES. (*Encéphale*, février 1933, n° 2, page 103).

Parmi les phénomènes « d'effets », l'auteur réserve une place « éminente », nettement séparée aux effets aperceptifs normaux, non illusoire, qui réalisent l'aperception des réalités objectives et subjectives ; les uns psycho-sensoriels réalisent la connaissance sensible du monde ; les autres, psychiques, réalisent la connaissance introspective de nous-mêmes.

Il nous explique le mécanisme de la « fusion d'hétérogènes » dans les effets aperceptifs normaux, le rôle de la « dominante », nous décrit les effets optiques, acoustiques, psycho-sensoriels de durée, les effets affectifs..., etc.

Dans le dernier paragraphe de cet article, nous voyons émettre l'hypothèse d'une parenté possible entre les réflexes conditionnels de Pavlov et les effets aperceptifs.

Il faut espérer, dit l'auteur, « que l'étude des phénomènes « d'effet » et celle des « réflexes conditionnels », opéreront leur jonction et se prêteront un appui mutuel, au grand bénéfice de la psychologie générale, de la neuropsychiatrie, de la linguistique, de la pédagogie ».

Roger ANGLADE.

Le nombre probable des infirmes mentaux en Allemagne (*Die mutmassliche Anzahl der geistig Gebrechlichen in Deutschland*), par H. STRECKER. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1933, n° 32.

Le nombre réel des infirmes mentaux est bien supérieur aux chiffres des statistiques officielles, qui tantôt ne comprennent que les malades hospitalisés, tantôt, en ce qui concerne par exemple les arriérés, ne portent que sur les formes graves, idiotie et imbécillité. Des enquêtes locales faites en Thuringe, et dans l'Allgäu (région de la Bavière), ont donné les chiffres suivants : pour l'Allgäu, 114 malades et faibles d'esprit par 10.000 habitants ; pour la Thuringe, 131 par 10.000 habitants, dont 77 malades mentaux, 54 idiots et imbéciles. En ajoutant la débilité mentale, l'auteur estime à 240 par 10.000 habitants la proportion des infirmes mentaux en Allemagne. L'Allemagne dépense 4 marks-or, par année et par habitant, pour l'assistance psychiatrique.

E. BAUER.

NEUROLOGIE

Un cas tardivement reconnu de pupillotonie avec aréflexie tendineuse,
par MM. GAUDISSERT et MASSION-VERNIORY. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, mars 1933).

Il s'agit d'une affection spéciale, non syphilitique, caractérisée par des troubles pupillaires et l'abolition des réflexes tendineux (Guillain et J. Sigwald). Les auteurs publient l'observation d'une femme de 35 ans, chez laquelle des troubles pupillaires (lumière et convergence), l'abolition des réflexes tendineux, font faire le diagnostic de syphilis nerveuse. L'examen du liquide céphalo-rachidien montre un liquide normal, le Bordet-Wassermann du sang est négatif. Un traitement pyrétotherapique (Dmelcos et Neosaprovitan B.) améliore la malade, mais aucun traitement spécifique ultérieur n'est appliqué, la malade continuant à s'améliorer ; seuls persistent les troubles pupillaires et l'abolition des réflexes profonds des membres inférieurs.

Le diagnostic entre la pupillotonie avec aréflexie tendineuse et la syphilis nerveuse se ferait, d'après l'analyse minutieuse des troubles pupillaires, qui permettrait de les distinguer du signe d'Argyll vrai, la négativité de l'examen du liquide céphalo-rachidien et du sang, l'absence d'évolution du syndrome — Adie attribue l'allongement de la réaction pupillaire, à l'altération de la partie végétative du noyau de l'oculomoteur (la pupillotonie serait à rapprocher des myasthénies) et, l'abolition des réflexes tendineux, à un désordre végétatif. Guillain critique ce point de vue. Une lésion légère, toxique ou infectieuse du système cérébro-spinal, est vraisemblablement la cause de l'aréflexie tendineuse.

La pupillotonie est une affection rare (50 cas publiés), un certain nombre de cas étant, à tort, d'après les auteurs, rapportés à la syphilis. SENGES.

De l'exagération des réflexes cutanés dans les affections du lobe frontal.
(Über gesteigerte Hautreflexe bei Erkrankungen der Frontallappens), par S. GOLDFLAM. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, Vol. XXX, fasc. 2, 1933.

Dans plusieurs cas d'affections du lobe frontal, l'auteur a observé l'exagération des réflexes cutanés. Il s'agissait le plus souvent de tumeurs, deux malades étaient atteints de lésions spécifiques, un de ramollissement d'origine artérielle. L'exagération intéresse tantôt les 3 réflexes : plantaire, crémastérien, abdominaux ; elle est plus accusée généralement pour le réflexe plantaire, tantôt il y a dissociation avec exagération du réflexe plantaire, affaiblissement ou suppression des autres. Ce phénomène s'explique en admettant que les centres des réflexes cutanés se trouvent dans l'écorce rolandique, le lobe frontal contenant des centres inhibiteurs à leur égard.

E. BAUER.

Evolution et séquelles tardives des traumatismes crâniens et cérébraux.
(Verlauf und Spätfolgen der Schädel und Gehirutraumen, par R. BRUN. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, Vol. XXXI, fasc. 2, 1933.

Cet article est la reproduction du rapport présenté par l'auteur à la réunion d'automne 1932, de la Société Suisse de Neurologie. Les manifestations

immédiates sont étudiées dans la première partie du travail. Parmi les classifications cliniques qui ont été tentées, une des plus intéressantes est celle de Ritter ; mais elle a déjà soulevé de nombreuses objections. La pathogénie des lésions est complexe ; des différentes théories émises, aucune ne suffit à elle seule, elles se complètent plutôt ; la théorie cellulaire d'Ingvar est discutable. Les fractures du crâne, en particulier de la base, sont trop souvent diagnostiquées. L'auteur en étudie les diverses formes et insiste sur la gravité des lésions dans les traumatismes sans fracture. Il décrit les troubles commotionnels immédiats et les complications infectieuses.

La 2^e partie traite des séquelles tardives. L'auteur insiste sur les problèmes difficiles qu'elles posent au clinicien et plus particulièrement à l'expert. L'épilepsie traumatique est plus souvent généralisée que jacksonienne. Le syndrome parkinsonien post-traumatique ne devrait plus être mis en doute ; il n'est nullement rare, tantôt il revêt l'aspect classique du parkinsonisme, tantôt et le plus souvent il s'agit d'un parkinsonisme incomplet. L'appréciation des séquelles commotionnelles légères est particulièrement difficile. L'auteur insiste sur la valeur, pour le diagnostic de ces troubles, des « microsymptômes neurologiques ». Mais de grandes divergences d'opinion se manifestent toujours. L'identification du groupe des « encéphaloses traumatiques », selon le terme créé par Naegeli, constitue un progrès important. L'auteur apporte une contribution clinique personnelle à leur étude. Une bibliographie très complète, à la fin du rapport, mérite d'être signalée.

E. BAUER.

Le syndrome vestibulaire dans les maladies nerveuses, par Riccardo Bozzi. (*Rivista sperimentale di Frenatria*, 30 juin 1933).

Tout en tenant compte des divergences d'opinion qui existent entre les différents auteurs dans l'évaluation du syndrome vestibulaire (canaux semi-circulaires) dans les maladies du système nerveux. L'auteur a entrepris une vaste étude de ce syndrome (plus de 200 examens de sujets malades ou sains). Il fait une distinction entre les phénomènes spontanés et les phénomènes provoqués, essaye de schématiser les caractéristiques des lésions périphériques et des lésions centrales, et après avoir pratiqué chaque fois les 3 épreuves classiques : calorique, rotatoire et voltaïque, il arrive aux conclusions suivantes :

- 1) Il n'existe pas un comportement spécifique de l'appareil vestibulaire dans les maladies du système nerveux ;
- 2) On doit reconnaître, en principe, qu'il existe des différences entre les lésions de nature périphérique et celles de nature centrale ;
- 3) Ces caractères distinctifs ne suffisent cependant pas toujours pour déterminer avec exactitude le siège de la lésion vestibulaire (c'est-à-dire si elle est à siège labyrinthique, tronculaire, nucléaire et les voies de connexions centrales, et on doit recourir à la considération d'autres symptômes : neurologiques acoustiques, radiologiques ;
- 4) Dans l'évaluation des examens vestibulaires, il ne faut pas oublier que l'on peut trouver même, chez des sujets normaux, de grandes différences en regard des réactions provoquées.

Quand il n'est pas possible de suivre le syndrome dans cette évolution, la considération seulement des cas qui présentent un syndrome vestibulaire en action (syndromes spontanés et réactions provoquées à type patholo-

gique), ainsi que les cas qui présentent une inexcitabilité labyrinthique unilatérale au moins dans une épreuve instrumentale (à l'exception de l'épreuve rotatoire), tandis que l'autre labyrinthe réagit encore presque normalement, réduirait de beaucoup la possibilité d'une erreur dans l'examen vestibulaire (opinion strictement personnelle).

5) L'épreuve de Barassy se montre encore d'une valeur diagnostique douteuse, du fait que l'on ne rencontre pas toujours une déviation des indicateurs, même dans les lésions purement cérébelleuses et aussi parce que cette déviation peut apparaître transitoirement, même dans le cas de maladies qui n'intéressent pas le cervelet.

La présence de ce signe pourrait, tout au plus, être considérée suivant la conception de Brunner, comme utile à corroborer l'existence d'une lésion cérébelleuse lorsqu'il existe, outre le signe ci-dessus, d'autres symptômes très nets de lésions de cet organe, tandis qu'inversement on ne peut pas exclure l'existence d'une lésion cérébelleuse si ce signe manque.

P. ABÉLY.

Sur l'hémiatrophie cérébro-cérébelleuse croisée, par V.U. GIACANELLI (*Annali dell' Ospedale Psichiatrico di Perugia*, mai 1933).

L'auteur étudie, au point de vue clinique et anatomo-pathologique, un cas d'hémiatrophie cérébro-cérébelleuse croisée et il résume dans un très important travail les observations principales qu'il a faites à propos de telles hémiatrophies. Les points sur lesquels M. Giacanelli attire particulièrement l'attention sont : l'indépendance et même la possibilité de suppléance du corps strié dans l'hémisphère atrophique et les connexions cérébro-cérébelleuses et olivo-cérébelleuses. Il note ensuite les principaux symptômes cliniques des hémiatrophies croisées.

P. ABÉLY.

Syndrome de l'angle ponto-cérébelleux d'origine traumatique, par MM. MOREAU et CRISTOPHE. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, mai 1933).

Observation d'un homme qui présente, quelques mois après un traumatisme, un syndrome neurologique caractérisé par une atteinte nette des nerfs V, VI et VIII à gauche, des lésions douteuses du VII, des troubles marqués du cervelet du même côté et une atteinte du VI à droite. Pas de signes d'hypertension intracrânienne, mais plutôt un syndrome tardif des commotionnés du crâne. Les auteurs discutent le diagnostic de tumeur de l'angle et se rallient plutôt à l'hypothèse d'une arachnoïdite post-traumatique de l'angle fronto-cérébelleux, affection extrêmement rare signalée par FIST dans un article récent.

SENGÈS.

Syndrome de l'angle ponto-cérébelleux, par M. Jacques DAGNELIE. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, mai 1933).

Observation d'une malade âgée de 41 ans, chez laquelle on voit s'installer progressivement, une atteinte des nerfs VIII, VII et V du côté gauche, avec signes cérébelleux discrets et absence de tout signe de la série pyramidale. Conservation de l'état général. Après avoir éliminé tour à tour

l'hypothèse d'une néoplasie intra-cérébelleuse, d'une néoplasie intra-protubérantielle, d'une méningite séreuse localisée, d'une méningite basilaire syphilitique, l'auteur se rallie au diagnostic de neurinome de l'acoustique, étant donné la marche lentement progressive, sans fièvre, et l'atteinte progressive des nerfs VIII, VII et V, avec minimum de troubles cérébelleux.

SENGÈS.

Le syndrome de Stewart-Morel (Stewart-Morels Syndrom), par R. ALMQVIST. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, Vol. VIII, fasc. 1-2, 1933, Copenhague.

L'auteur communique une observation nouvelle de ce syndrome rare, caractérisé par l'association d'adipose, d'hyperostose interne du frontal et de troubles cérébraux. Ces derniers ont été, dans le cas observé, surtout de nature extrapyramidale : bradycinésie, tendance à la chute avec latéropulsion. En ce qui concerne les troubles somatiques, leur pathogénie endocrinienne paraît certaine ; l'auteur tend à admettre l'existence de troubles hypophysaires.

E. BAUER.

La xanthomatose cranio-hypophysaire. Maladie de Schüller-Christian, par E. LESNÉ, J.-A. LIÈVRE et Y. BOQUIEN. *La Presse Médicale*, n° 7, pp. 138-142, 25 janvier 1933.

Le syndrome décrit par Schüller en 1915, est dû à une dégénérescence des os du crâne, dans laquelle des zones calcaires sont remplacées par un tissu mou et jaune. A leur maximum d'extension actuellement connu, les lésions réalisent un ensemble clinique qui indique clairement leur tendance à gagner la région de la selle turcique. On constate en effet des troubles du développement, du diabète insipide et de l'exophtalmie. La formation xanthomateuse et le déséquilibre lipidique, bases physiologiques des altérations cranio-hypophysaires, sont encore mal expliqués. L'hypercholestérolémie, sur laquelle on croyait pouvoir s'appuyer pour déduire la pathogénie du syndrome, n'est pas constante et par contre elle peut devenir considérable dans certains états sans provoquer la moindre xanthomatose.

En l'absence de tout éclaircissement du problème étiologique véritable, il ne faut pas songer à instituer un traitement rationnel. Le régime sans graisse, les extraits thyroïdien et post-hypophysaire constituent les indications symptomatiques utiles. Quant à arrêter l'évolution du processus, c'est par la radiothérapie qu'on peut le mieux y arriver. Grâce à elle, le pronostic a pu être amélioré, car non seulement la formation xanthomateuse est interrompue, mais les lacunes se combrent et le tissu cicatriciel s'opacifie.

P. CARRETTE.

Deux nouveaux cas de maladie de Wilson, par M. Paul VAN GEUCHTEN. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, mars 1933).

La première observation est celle d'une enfant de 12 ans, chez laquelle les premiers troubles sont apparus vers l'âge de 9 ans. Il s'est développé lentement un état de rigidité musculaire avec akinésie volitionnelle, et apparition de mouvements involontaires athétosiformes. Dysarthrie progressive

allant jusqu'à l'anarthrie, dysphagie et troubles mentaux (apathie intellectuelle totale, perte de mémoire, rire et pleur spasmodiques). Pas de troubles pyramidaux, ni de déficit de la sensibilité. Le seul diagnostic possible paraît celui de maladie de Wilson, quoique l'auteur n'ait pu mettre en évidence un déficit de la fonction hépatique.

Le 2^e cas est celui d'un jeune homme de 18 ans. Les épreuves fonctionnelles mettent ici en évidence un déficit de la fonction hépatique. Dans les deux cas apparaissent de brusques contractures du corps, en avant, qui rappellent le spasme de torsion, mais maladie de Wilson et spasme de torsion ne doivent pas être confondus, malgré des formes de transition, les deux affections relevant d'ailleurs d'une lésion lenticulostrée.

SENGÈS.

Hématome non traumatique de la Dure Mère. Expression clinique bilatérale de l'hématome unilatéral lentement progressif, par J. A. BARRÉ et Jean MASSON (de Strasbourg). (*Encéphale*, février 1933, n° 2, page 81).

Les auteurs qui ont observé de nombreux cas d'hématomes non traumatiques de la dure-mère, établissent un type clinique de cette affection, très différent de celui qui est décrit dans les traités classiques.

Céphalée frontale bilatérale sans prédominance de côté, malgré le caractère unilatéral de l'épanchement sanguin, photophobie, torpeur variable à évolution progressive, vertiges avec réactions vestibulaires spéciales (écart important des seuils, des secousses lentes et rapides du nystagmus, absence possible de secousse rapide, troubles des mouvements associés, réflexes des yeux), réflexes de défense vrais, petits mouvements involontaires spontanés, brusques ou lents, amples ou réduits, presque incessants, absence de convulsions et de paralysie vraie, contracture légère de la musculature des membres, sans signe de Babinski, incontinence des sphincters, légère raideur de la nuque, Kernig inconstant, absence de stase papillaire et d'hypertension du liquide céphalo-rachidien, tels sont les signes neurologiques qui se trouvaient associés chez plusieurs de leurs malades. Ils réalisent un type clinique spécial des hématomes non traumatiques de la dure-mère, qu'il est indispensable de bien connaître, puisqu'il peut permettre de faire le diagnostic précoce de cette affection.

Roger ANGLADE.

Un cas de poliomyélite antérieure subaiguë probable du type proximal, par M. E. EVRARD. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, mai 1933).

En France, les travaux d'Alajouanine et Souques tendent à individualiser un type autonome d'atrophie musculaire progressive subaiguë, en se basant sur l'aspect clinique, sur l'anatomo-pathologie et sur l'expérimentation. L'auteur verse au débat une observation purement clinique, qui lui paraît pouvoir se rattacher aux cas relativement restreints de poliomyélite subaiguë. Le diagnostic entre celui de poliomyélite chronique et celui de poliomyélite subaiguë ne peut être fait d'une façon certaine actuellement. Les probabilités sont pour la 2^e hypothèse, étant donné la marche de l'affection, mais seules, l'évolution et les vérifications anatomo-pathologiques et expérimentales, permettraient de fixer le diagnostic.

SENGÈS.

Recherches sur une amille de sujets atteints de chorée de Huntington (Untersuchungen bei einer Sippe von Huntingtonscher Choree), par M. RINGENBACH et A. WERTHEMANN. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, Vol. XXXI, fasc. 2, 1933.

9 sujets appartenant à 4 générations d'une même famille, sont atteints de chorée de Huntington. L'antéposition est observée. Parmi les symptômes prodromiques, l'auteur signale l'insomnie, l'irritabilité, les tendances querelleuses, le vagabondage, l'indifférence affective. Des phénomènes dégénératifs d'ordre général sont observés dans la famille : mortalité précoce, mortalité infantile, un cas de crétinisme, malformations du crâne et des oreilles.

Le malade observé par l'auteur, a été expertisé pour parricide. L'auteur en rapporte l'observation clinique et anatomopathologique complète. Les lésions les plus intenses sont celles du noyau caudé et du putamen ; elles intéressent notamment les petites cellules ganglionnaires. Les couches moyennes de l'écorce présentent également des altérations importantes, surtout dans la région fronto-pariétale.

E. BAUER.

Méningite séreuse et encéphalite dans l'herpès zoster (Meningitis serosa und Encephalitis bie Zoster), par Siggaard ANDERSEN et Ferd. WULFF. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, Vol. VIII, fasc. 1-2, 1933, Copenhague.

Les auteurs ont étudié 11 cas de zona idiopathique. Dans un seul, la leucocytose du liquide céphalo-rachidien était absente. 4 malades présentaient des signes cliniques de méningite. Une malade présentait tous les signes d'une encéphalite, suivie d'ailleurs de guérison complète se maintenant encore après 5 années. Bien que des observations d'encéphalite épidémique avec zona secondaire aient été communiquées, les auteurs pensent qu'il s'agit dans le cas précité d'encéphalite zonateuse et non léthargique.

Dans aucun des 11 cas, il n'y eut une relation quelconque avec la varicelle. Les auteurs n'admettent pas qu'il y ait une parenté entre les 2 virus.

E. BAUER.

Béri-béri en Islande (Beri-beri in Iceland), par Helgi TOMASSON (de Redjkavitz). *Acta Psychiatrica et Neurologica*, Vol. VIII, fasc. 1-2, 1933, Copenhague.

L'auteur a fait le diagnostic de béri-béri chez 4 sujets atteints de polynévrite dyscrasique, tous habitants du même village de pêcheurs. L'un était atteint en outre d'impuissance. L'enquête démontra une alimentation pauvre en vitamine B ; la modification de celle-ci et l'administration de levure amenèrent la guérison. L'auteur pense que d'autres polynévrites dyscrasiques rentrent dans le même groupe, c'est-à-dire sont à considérer comme des B-Avitaminoses.

E. BAUER.

Polyneuritis perivasculitica, par Henry MARCUS. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, Vol. VIII, fasc. 1-2, 1933, Copenhague.

L'auteur propose la dénomination de polynévrite périvasculitique pour les névrites dégénératives par atteinte inflammatoire des vaisseaux de l'endonèvre. L'auteur rapporte 8 observations avec examen histopathologique, exemples de cette affection, dont le diagnostic différentiel avec les autres polynévrites est souvent très délicat.

E. BAUER.

De la Polynévrite due à l'intoxication par l'Apiol, par A. NIKOLITCH et I. ALFANDARY. Travail du service des maladies nerveuses de l'hôpital de Belgrade. (*L'Encéphale*, février 1933, n° 2, page 116).

Ces auteurs ont observé de nombreux cas de polynévrite, dus à l'absorption d'Apiol. Ce médicament, fréquemment employé dans un but abortif, est loin d'être dépourvu de toxicité, il semble agir d'une façon élective sur le système nerveux périphérique.

A la suite de ces cas d'intoxication, le gouvernement yougoslave a interdit la vente de ce médicament.

Nous croyons devoir signaler que cette question a été tout particulièrement étudiée en France par : Trillat et Thiers (*Annales de Méd.*, 1931, t. XXX), H. Roger (*Soc. de Neur. de Paris*, juin 1932), M. Tiffeneau (*Ac. de Méd.*, 31 janvier 1933), M. Chapelle (*Journ. de Phar. et de Chimie*, 1^{er} janvier 1933).

D'après ces travaux, il paraît bien établi que l'agent responsable de ces paralysies toxiques est le phosphate orthocrésylique que contiennent, et dans des proportions de 28 à 50 %, certains Apiols étrangers. L'Apiol français ne contient que très peu de ce produit toxique, il est employé couramment depuis plus qu'un demi-siècle et sans incidents.

Roger ANGLADE.

Variations de l'anesthésie cutanée consécutive à la résection subtotale de la racine postérieure (du trijumeau) avec un exposé de 26 cas illustrant une série de variations (Variations in Skin Anesthesia Following Subtotal Resection of the Posterior Root, with a Report of Twenty-Six Cases Illustrating a Series of Variations), par Harry WILKINS et Ernest SACHS. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXIX, n° 1 p. 19-49, janvier 1933.

Les malades présentent des algies faciales à topographies variées. Ils subissent la résection, précédée ou non de l'alcoolisation nerveuse, conformément aux données anatomiques de la division en trois faisceaux distincts de la racine postérieure du trijumeau. Or l'anesthésie post-opératoire ne répond pas constamment à la théorie. Les fibres radiculaires, — les ophtalmiques en particulier, — seraient donc entrelacées, réparties suivant une disposition changeante.

P. CARRETTE.

Tic douloureux. Base anatomique et clinique de la section subtotale de la racine du nerf trijumeau (Tic douloureux. Anatomic and Clinical Basis for Subtotal Section of Sensory Root of Trigeminal Nerve), par William G. SPILLER et Charles H. FRAZIER. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXIX, n° 1, p. 50-56, janvier 1933.

Les interventions chirurgicales sur la racine sensitive du trijumeau pour tic douloureux de la face entraînent des complications oculaires qu'il est possible d'éviter en ménageant la portion interne. Le tiers moyen contiendrait les fibres maxillaires et le tiers externe les fibres mandibulaires.

P. CARRETTE.

Abolition précoce de la transmission neuro-musculaire au cours de la dégénérescence wallérienne, par Jean TITECA. *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*. Tome CXII, page 1588, Société belge de Biologie, séance du 25 mars 1933.

L'expérimentation chez les mammifères indique que, au cours de la dégénérescence wallérienne, c'est l'extrémité distale de la fibre motrice qui est le siège de l'altération initiale. Cette portion du système neuro-musculaire est la plus fragile. La fibre nerveuse y est dépourvue de myéline, se montre plus particulièrement sensible aux modifications thermiques et subit plus intensément les effets des agents pathogènes. Cette fragilité intervient peut-être dans le mécanisme de l'action des poisons curarisants. Titeca ne croit pas qu'on puisse interpréter les faits en invoquant une discordance des chronaxies du nerf ou du muscle.

P. CARRETTE.

THÉRAPEUTIQUE

La psychothérapie à l'asile, par Hermann SIMON, Médecin directeur de l'asile de Gütersloh (Wesphalie). (*L'Hygiène mentale*, janvier 1933, T. 1, page 16).

Après avoir brièvement indiqué ce qu'est le traitement actuel des malades mentaux dans les asiles, l'auteur s'efforce de nous montrer ce qu'il devrait être.

Tout d'abord ne pas nuire, nous dit-il, c'est le principe initial de toute thérapie. On ne doit plus traiter les malades mentaux comme des « fous », mais comme des sujets sains, policés, et l'on obtiendra d'eux en échange qu'ils se comportent dans la mesure de leurs possibilités de « façon convenable et réglée vis-à-vis de leur entourage ».

Les relations entre malades et médecins doivent être ordonnées, dirigées, non par ce qu'il y a de morbide chez ces malades mais par ce qu'il y a chez eux de sain et de normal ; il faut essayer de tirer partie des éléments, de leur personnalité restés sains.

Attention, patience et persévérance infatigables, voilà nos meilleures armes.

Une psychothérapie bien comprise peut modifier les conditions de la vie asilaire, permettre d'espérer la suppression des quartiers d'agités, rendre inutiles les moyens de contention. Elle doit diminuer la durée de l'internement, permettre l'utilisation plus rapide au point de vue social de beaucoup de malades considérés autrefois comme définitivement perdus pour la collectivité.

Roger ANGLADE.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Dates des séances.

La *séance ordinaire* du mois d'AVRIL de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 avril 1934*, à 4 heures très précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement). La Société a décidé de ne pas tenir, en avril, de séance supplémentaire.

La *séance supplémentaire* du mois de MAI de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 17 mai 1934*, à 9 heures 30 très précises, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de MAI de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 mai 1934*, à 4 heures très précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Nécrologie.

M. le D^r DUPRÉ, Médecin-adjoint de l'Asile privé Sainte-Madeleine, faisant fonction d'Asile public d'aliénés à Bourg (Ain).

Légion d'honneur.

M. le D^r PIQUEMAL, Médecin-Chef à l'Asile privé faisant fonction d'Asile public d'aliénés de Limoux (Aude), est nommé *Chevalier de la Légion d'Honneur*.

Médaille d'honneur des épidémies.

Médaille de Bronze :

M. le D^r PAUL CAMUS, Médecin de la Fondation Vallée et de l'Hospice de Bicêtre (Seine).

Vacance de postes.

On annonce la prochaine vacance de deux postes de Médecin-Chef de service à l'Asile privé du Bon-Sauveur faisant fonction d'Asile public, à Albi (Tarn).

Concours pour deux places de Médecin-chef des Asiles de la Seine.

Un concours pour la nomination à deux emplois de *médecin-chef de service des asiles publics d'aliénés de la Seine* s'ouvrira à la Préfecture de la Seine, à Paris, le *mardi 1^{er} mai 1934*, à 14 heures.

Sont admis à prendre part au concours, les seuls médecins du cadre des asiles publics d'aliénés ayant, au moment de leur inscription, moins de cinquante-cinq ans d'âge et plus de cinq ans effectifs de service.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (Bureau des Etablissements départementaux d'assistance, Annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, 2^e étage, pièce 227), de 10 h. à 12 h., et de 14 h. à 17 h., du *lundi 12 mars au samedi 31 mars 1934* (sauf dimanches et jours fériés).

Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

Toute demande déposée ou parvenue après le jour fixé pour la clôture des inscriptions ne pourra être accueillie.

Les candidats auront la faculté de déposer à la Préfecture de la Seine (Bureau des Etablissements départementaux d'assistance), sous pli cacheté et revêtu de leur signature tous documents et notes qu'ils désireraient soumettre au Jury en vue de l'épreuve sur titres.

Les candidats dont le nom figurera sur la liste arrêtée par M. le Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, recevront une convocation pour prendre part aux épreuves. L'Administration décline toute responsabilité au sujet des convocations qui ne parviendraient pas aux destinataires.

Le règlement du concours fait l'objet d'un décret en date du 25 novembre 1924, inséré au *Journal Officiel* du 3 décembre 1924, modifié par le décret du 18 mai 1926, inséré au *Journal Officiel* du 22 mai 1926 et par le décret du 28 avril 1931, inséré au *Journal Officiel* du 12 mai 1931.

Médecins des asiles victimes de leurs malades.

Nous avons malheureusement eu déjà plusieurs fois à attirer l'attention sur les risques professionnels spéciaux des médecins des établissements d'aliénés.

Le Dr Francis DEVAY, Médecin-Chef de service à la Maison de Santé Saint-Jean-de-Dieu, où sont traités, à Lyon, les aliénés du département de la Loire, vient d'être, pour la seconde fois, victime d'un malade de son service. Après avoir survécu, en 1900, à un premier attentat (coup de poignçon ayant perforé l'intestin), il a, récemment, été à demi assommé et gravement blessé (fracture du bras droit, plaies contuses multiples), par l'un de ses malades au moment où il allait commencer sa visite.

Pourquoi ces attentats semblent-ils augmenter de fréquence ? Dans ces quatre dernières années, successivement les D^{rs} SALOMON, LAFAGE, LOURADOUR,

RAVIART, Henri BARUK, RICOUX, DEVAY, etc..., ont été frappés. Le double attentat subi dans sa carrière par le D^r DEVAY met en évidence les dangers d'une profession indispensable au bon ordre public, et trop souvent attaquée dans la presse par ceux qu'elle protège et qui pourraient la mieux comprendre.

De tels faits sont un enseignement et devraient être portés à la connaissance du grand public. Le meilleur moyen pour cela ne serait-il pas de saisir cette occasion d'honorer d'une distinction méritée ceux qui, comme le D^r DEVAY, en sont victimes, au soir d'une carrière honorablement remplie.

D'autres conclusions semblent également s'imposer, et, en particulier : l'assurance obligatoire de nos collègues des Asiles contre de tels risques, l'éducation toujours plus attentive d'un personnel infirmier judicieusement choisi et recruté en nombre suffisant, la limitation à un chiffre raisonnable du nombre des malades traités dans chaque Service.

Souhaitons que l'Administration Centrale, qui a déjà prouvé le grand intérêt qu'elle attache à ces importants problèmes, parvienne à briser des résistances locales dont la vie des malades et du personnel médical est le douloureux enjeu.

R. C.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

II^e Congrès International d'hygiène mentale.

Réuni le 28 février 1934 à l'Hôpital Henri-Rousselle, sous la présidence du D^r TOULOUSE, le *Comité Exécutif du II^e Congrès International d'Hygiène Mentale* a décidé, d'accord avec M. CLIFFORD. W. BEERS, *Secrétaire général du Comité International d'Hygiène Mentale*, de reporter au 27 juillet 1936 la date de ce Congrès international, qui devait avoir lieu à Paris, en 1935.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX



L'EXPLICATION DÉLIRANTE

PAR

J. CAPGRAS, H. BEAUDOUIN et R. BRIAU

Dès les premiers temps d'une collaboration déjà ancienne, nous hésitions à admettre, à la lecture de certaines descriptions, de certaines observations, la légitimité du terme « interprétation délirante », qui s'y trouvait employé.

La définition proposée par l'un de nous avec M. Sérieux (1), de l'interprétation délirante : « un *raisonnement* faux ayant pour point de départ une *sensation réelle*, un fait exact... » semblait avoir reçu l'adhésion la plus large. Depuis lors, de multiples travaux ont précisé la séméiologie de ce symptôme, dont on pourrait craindre qu'il n'ait pris parfois une extension trop grande : et c'est justement à le délimiter, à partir de la définition adoptée, que nous voudrions nous employer.

En effet, si l'on s'en tient strictement à cette définition, on a l'impression qu'elle ne s'applique plus dans certains cas où le terme interprétation délirante a été employé par divers auteurs.

(1) SÉRIEUX et CAPGRAS. — *Les Folies raisonnantes*, 1909.

Bornons-nous à quelques extraits, et citons au hasard :

Peut-on définir sans réserve l'hallucinoze « phénomènes hallucinatoires multiples et prépondérants, mais ne *s'accompagnant pas d'interprétations délirantes...* ». Peut-on faire rentrer dans notre définition le terme interprétation ainsi employé :

« On avait cru tout d'abord que ce syndrome (1), qui entraîne souvent, par *interprétation secondaire* logique, des idées de persécution, était toujours l'expression d'un caractère paranoïaque... Dégagé des *interprétations secondaires* que trouve le malade pour l'expliquer, ce syndrome n'est pas psychogénétique... »

« Il faut encore que le malade *interprète* ses hallucinations. Cette *interprétation* est *délirante*, mais elle est logique, vraisemblable (2). »

« Le malade *interprète aussi ses hallucinations*, reconnaît ses voix et systématise, dans son délire, ses divers troubles sensoriels (3)... »

« Dans tous les délires hallucinatoires, *il y a nécessairement des interprétations secondaires* des troubles sensoriels (4)... »

« ...Nous voyons deux séries bifurquer devant nous : l'une où l'élément délirant disparaît, l'élément psycho-sensoriel persistant seul, le malade *n'associant pas d'interprétations à ses hallucinations* : ce sont les cas correspondant à l'hallucinoze de Dupré (5)... »

« Tant qu'il y a élément psycho-sensoriel, élément d'automatisme mental, même s'il y a *interprétation surajoutée* ou *juxtaposée*, c'est l'élément hallucinatoire qui prime tout : le sujet est un halluciné et non un interpréteur simple. Cette dernière qualification est réservée à celui qui ne fait qu'interpréter des sensations ou des faits réels (6)... »

« Mais on sait, par ailleurs, que l'élément *interprétatif* est souvent associé à l'élément hallucinatoire... Dans les psychoses hallucinatoires, *l'interprétation vient*, presque par définition, doubler toute hallucination (7)... »

Notre hésitation, nous avons cru la retrouver d'ailleurs exprimée çà et là, par divers auteurs, parmi lesquels certains même de ceux auxquels nous venons de faire des emprunts.

Genil-Perrin (8) insiste même sur la terminologie : « Lorsque

(1) LAIGNEL-LAVASTINE. — Automatisme mental et organicité. *P.M.*, 30 mai 1926.

(2) BOUVIER. — *Thèse* 1926, p. 35.

(3) P^r G. DUMAS. — *Journal de Psychologie*, décembre 1922, p. 867.

(4) E. TERRIEN. — Les interprétations délirantes au cours de la démence précoce. *Thèse* 1913, p. 36.

(5) GENIL-PERRIN. — *Les Paranoïaques*, 1927, p. 141.

(6) *Id.*, p. 45.

(7) *Id.*, p. 101.

(8) *L.C.*, p. 103.

le malade raisonne et qu'il argumente, ce n'est pas par un besoin spontané de son esprit, c'est pour répondre aux objections qu'on lui fait, et pour justifier sa croyance... L'argumentation n'intervient qu'à titre secondaire et justificatif : *c'est une explication, non une interprétation vraie.* »

Ségas et Logre (1) avaient également insisté sur cette différenciation : « Les interprétations... sont secondaires, c'est-à-dire que... loin de servir à la construction du thème... n'en sont que la conséquence... Il s'agit d'*explications* plutôt que d'*interprétations vraies.* »

Par ailleurs, les nombreux travaux récents concernant l'automatisme mental se sont attachés à un problème autrement vaste et ardu, à propos duquel nous n'avons pas ici à prendre parti. Nous n'aurons pas à découvrir un nouveau monde, à parler de symptômes méconnus jusqu'à nous, nous voulons seulement pousser un peu plus loin l'analyse des mécanismes délirants — surtout, en pratique, dans leurs rapports avec les phénomènes d'automatisme mental — et rien de plus.

Le terme d'interprétation, que nous avons dit mal adapté, serait d'ailleurs acceptable, s'il n'avait reçu déjà une signification précise. Nous adoptons celui d'*explication délirante*, qui a tout à la fois l'avantage de n'être ni un néologisme, ni une expression cacophonique, et de n'avoir pas de sens « retenu » dans la terminologie psychiatrique.

Si, en effet, les termes « explication » ou « explication délirante » n'apparaissent pas comme consacrés, s'appliquant à un symptôme bien défini, leur usage n'est pas nouveau : tantôt employés par rapport au délire considéré dans son ensemble logique, ils ont été appliqués aussi — fait le plus intéressant pour nous — à l'étude des symptômes élémentaires de l'automatisme mental, à propos même des réactions psychologiques immédiates consécutives à ces symptômes.

Magnan et Sérieux (2), à propos de la période mégalomaniacale, disaient des malades : « Ils *expliquent* que s'ils entendent des voix à des distances prodigieuses, c'est qu'ils sont doués d'une ouïe exceptionnelle. »

Ségas (3) écrivait, à propos du persécuté : « Il trouve sans cesse de nouveaux arguments à l'appui de ses convictions erronées, édifiant

(1) *Encéphale*, 1912, t. I, p. 13.

(2) *Le Délire chronique*, p. 98.

(3) *Leçons cliniques*, p. 519 et 359.

ainsi progressivement un véritable système d'explications », et de l'auto-accusateur : « Vous voyez... la part de l'automatisme dans la genèse des idées délirantes, formulées ensuite comme *tentative d'explication...* »

Régis (1), à propos de la psychose systématisée progressive, décrit une « période hallucinatoire, d'explication délirante ou d'état » ; expression reprise dans la thèse de Bouvier (2) : « Actuellement, la psychose est à sa période d'explication délirante. »

Ach. Delmas (3) écrit au sujet de l'hallucinoïse : « Ces formes surviendraient chez des individus exempts de constitution paranoïaque, d'où l'absence d'explication délirante. »

Revault d'Allonnes (4) dit : « Un grand nombre d'hallucinés et peut-être la majorité, par suite de l'incuriosité pathologique signalée par Lasègue, s'abstiennent de construire un *roman explicatif*. »

Mais il convient surtout de faire ressortir l'emploi fréquent du terme explication, à propos des troubles élémentaires dont « l'explication » apparaît déjà comme un complément immédiat.

Lasègue, cité par Magnan et Sérieux (5), avait dit : « ...les idées de persécution sont provoquées par le besoin de *donner une explication à des impressions morbides*, probablement communes à tous les malades. »

Anglade (6), de son côté : « ...alors même qu'une *explication délirante* ne se justifie point par quelque symptôme apparent... »

Pour Mignard (7) : « Le même processus d'échappement finit par donner naissance à des phénomènes qui prennent graduellement le caractère d'hallucinations et d'impulsions, et pour l'explication desquels se constituent les idées délirantes. »

G. Petit (8) précise : « ...Le fait important, ou tout au moins initial, nous semble être précisément constitué surtout par cet automatisme représentatif de formule si particulière, et ce n'est, croyons-nous, que secondairement que le sujet pourra tenter d'expliquer ou de coordonner le phénomène primitif, à l'aide de *jugements explicatifs* ou justificatifs..., modalités telles que le sujet les rejette, pour ainsi dire, de son moi... et tente d'expliquer leur apparition..., processus... qui surgissent pour ainsi dire isolés..., ne suscitent que secondairement des *explications* ou des *interprétations* de la part du reste de la personnalité... »

(1) *Précis de Psychiatrie*.

(2) *L.C.*, p. 57.

(3) *La Pratique psychiatrique*, 1919, p. 307.

(4) *Annales médico-psychologiques*, janvier 1926, p. 49.

(5) *Le Délire chronique*, p. 45.

(6) *Rapport au C. de Marseille*, 1899, p. 102.

(7) *Annales médico-psychologiques*, 1913, p. 329.

(8) *L.C.*, p. 51, 65 et 69.

G. de Clérambault et Porc'her (1) estiment : « L'idée de persécution, quand elle se produit, est secondaire ; elle résulte à la fois d'un *essai d'explication* et d'une prédisposition hostile (constitution paranoïaque). Le même *essai d'explication*, fait avec des facultés imaginaires et des sentiments optimistes, donnera lieu à un délire mystique ou mégalomane. »

Pour Quercy (2) : « ...où il n'y a que de l'automatisme moteur, le malade *expliquant* (c'est l'auteur qui souligne) ses étranges propos par l'intervention d'une voix étrangère. »

Le Prof. Georges Dumas (3) écrit, à propos de la psychose hallucinatoire systématique : « ...Le malade qui déclare qu'un rat lui ronge le cœur n'a aucune perception sensible de l'animal ; il formule seulement une hypothèse pour *s'expliquer à lui-même*, une sensation anormale, vraie ou fausse. »

L'halluciné, dit Nayrac (4), « travaille sur une base sensorielle : il *explique* ses voix ou ses sensations cénesthésiques. »

Il semble que le problème n'ait pas échappé aux auteurs anciens. Esquirol (5), à propos d'un malade dont « l'observation offre l'exemple d'hallucinations de l'ouïe la plus simple » qu'il ait observée, le marquait dans ce passage :

« ...Il ne trahit jamais son secret, il paraît très préoccupé, et surtout très défiant des personnes qui le servent. Pendant la conversation, il est distrait, quelquefois il s'arrête pour écouter et répond brièvement avec humeur et même avec emportement aux prétendues voix. Après deux mois environ, il paraît désirer que je prolonge mes visites ; je m'avise d'appeler les voix qui le poursuivent *des bavardes* ; ce mot réussit et, à l'avenir, il s'en sert pour exprimer leur horrible importunité. Je me hasarde à lui parler de sa maladie et des motifs de son séjour ; il me donne beaucoup de détails sur tout ce qu'il éprouve depuis longtemps ; il se prête un peu mieux à mes raisonnements, il discute mes objections, il réfute mon opinion sur les causes de ses voix, il me rappelle que l'on montrait, à Paris, une femme dite invisible, à laquelle on parlait, qui répondait à distance. « La physique, disait-il, a fait tant de progrès, qu'à l'aide de machines, elle peut transmettre la voix très loin. »

— Vous avez fait cent lieues en poste et sur le pavé, le bruit de la voiture eût empêché vos *bavardes* d'être entendues...

— Oui, sans doute, mais avec leurs machines, je les entendais très distinctement... »

(1) *Soc. clinique de Médecine mentale*, 19 avril 1920.

(2) *Société médico-psychologique*, 26 avril 1920, A.M.P., p. 379.

(3) *Journal de Psychologie*, 15 décembre 1922, p. 867.

(4) *Thèse 1924*, p. 119.

(5) *Maladies mentales*, p. 163, t. I : *Des hallucinations*.

C'est, en effet, dans les cas « simples », dans les délires « au début », qu'on a le plus de chances de pouvoir analyser utilement les divers termes pathologiques. Plus tard, les habitudes de pensée, les appréciations rétrospectives, les argumentations provoquées auront tout déformé.

Voyons donc, avant d'en tenter une analyse psychologique plus serrée, comment les choses se passent, au moyen de quelques exemples schématiques et qui sont à l'esprit de tous.

Dans un état, habituel, d'inquiétude — qui est, à notre sens, l'élément capital, et, sans doute, le seul « fait exact », — un futur persécuté va intellectualiser l'anomalie par la « perception » d'une injure à son adresse : « vache... »

Au minimum de complexité, c'est la constatation pure et simple du mot. Parfois, une croyance un peu plus compliquée va s'affirmer : Surprise, une de nos malades — seule dans sa chambre au moment où elle situe sa première hallucination auditive — court ouvrir le placard en se disant : il y a quelqu'un là-dedans... Parfois encore, c'est l'intervention d'un écran naturel (cachant à la vue ce qu'on entend) : « Ils sont là, dit une autre (1), en montrant le mur, vous n'entendez pas ? »

Et voilà une précision de plus : « Ces gens sont *cachés* derrière le mur. Ils s'arrangent pour ne pas être vus. »

Les données imaginatives, la fantaisie même vont compliquer l'allure du phénomène : utilisation des conduits naturels, des tuyaux, des cheminées ; puis ce sont les « trous » fabriqués dans les murs par « ceux » qui, dans un avenir plus ou moins proche, seront parfois désignés plus expressément....

On a affaire, finalement, aux moyens magiques, diaboliques, scientifiques... qui suppriment les distances, — en attendant la description plus ou moins imagée des appareils employés, et qui motive souvent des néologismes.

Cette complication « explicative » ne caractérise pas obligatoirement, loin de là, l'évolution d'un cas donné. Nous ne l'appliquons qu'à un schéma d'ensemble, en précisant que la richesse ou l'imprévu des « explications » données sont fonction des individus. Et, comme on sait, leur absurdité dénonce généralement l'état du fonds intellectuel qui les produit : « Ils viennent, dit notre paralytique générale (2), partout où je me trouve, « découplés », c'est-à-dire en se rapetissant (geste), bien qu'elle

(1) H. BEAUDOUIN et MOIGNEAU. — *Soc. Clin. de Méd. ment.*, 16 janvier 1928.

(2) H. BEAUDOUIN et MOIGNEAU. — *Soc. Clin. de Méd. ment.*, 16 janvier 1928.

ne les ait jamais vus, puis ils pénètrent dans les murs, dans les radiateurs, ils se transforment en oiseaux... »

Et l'on s'aperçoit bien vite que les explications se compliquent, s'enchevêtrent, se complètent pour en arriver progressivement, sur une armature schématique d'ensemble, à constituer le système délirant. On s'éloigne ainsi du mécanisme « interprétatif », raisonnement isolé, et isolément saisissable, même relié à ses pareils par des processus différents de lui.

Question plus importante : où est la « sensation réelle », le fait « exact », dans cette superposition de phénomènes élémentaires ? Ceux qui voulurent réduire l'hallucination à une interprétation délirante ont paru poser en principe que le mot « perçu » par l'halluciné (de l'ouïe) était le « fait exact ». Mais qui ne voit l'abîme entre cette « perception » du sujet — inexistante pour autrui — et la constatation « réelle » d'un fait sur lequel brode l'interprétation délirante conçue selon notre définition, constatation que doivent pouvoir faire ou légitimer des témoins ou des tiers, dont l'appréciation — réserve faite des co-délires — sera différente de celle du malade ?

Il ne nous semble donc pas exact de répéter avec Quercy (1) : « ...les faits psychiques ressentis *comme automatiques* sont une matière d'interprétation comme une autre. L'image vive et inattendue étant donnée, avec ses caractères intrinsèques, elle est d'abord correctement ou *illusoirement* éprouvée, elle est *ensuite* bien ou mal interprétée. »

Car le fait que l'image est « illusoirement éprouvée » nous apparaît comme complexe. N'y aurait-il pas, déjà, dans cet élément intellectuel : l'image, « l'explication » — peu consciente sans doute — d'un trouble, initial ou antérieur, d'ordre affectif, incontrôlable, incommunicable, et non perçu « exactement » ? — à l'opposé d'ailleurs de sensations subjectives pathologiques, qui sont constatées correctement, et secondairement « interprétées » (dans le sens légitime du terme) ?

En bref, se dégage la nécessité de distinguer de l'interprétation délirante légitime — phénomène pathologique qui (abstraction faite du contexte délirant) apparaît comme primitif, le fait auquel il s'applique étant perçu correctement — un processus (peut-être analogue, nous le verrons, dans sa texture affective) qui en diffère essentiellement par son *caractère secondaire à un phénomène antérieur déjà pathologique* : c'est ce trouble secondaire, surajouté, rationalisé, que nous appelons *explication délirante*.

(1) *Encéphale*, 1920, p. 621.

Elle ne semble pas d'ailleurs se superposer seulement aux troubles proprement hallucinatoires, ainsi que nous le verrons en faisant une étude clinique plus détaillée et plus systématique, après avoir abordé le côté plus spécialement psychologique.

*
**

Cet aperçu psychologique, pour tenir un compte utile des données acquises et de l'expérience clinique, nous pensons devoir l'aborder par un assez large coup d'œil rétrospectif sur la façon dont divers auteurs ont voulu préciser le mécanisme de l'idée délirante en général. A vrai dire, le terme idée délirante est beaucoup plus extensif que celui d'explication auquel nous nous attachons. Il s'applique à une croyance que l'on tient pour pathologique sans se préoccuper spécialement de sa psychogénèse. Au contraire, l'explication, — qui aboutit à une idée délirante, — ne sera légitimée qu'au cas où on lui reconnaîtra un mécanisme particulier.

A parcourir certains des travaux parus sur ce sujet, on voit que l'apparition des idées délirantes est rattachée à un processus tantôt intellectuel, tantôt affectif ; la plupart du temps d'ailleurs, les auteurs tiennent compte à la fois de l'un et de l'autre.

Pour Lasègue, « les idées de persécution sont *provoquées par un besoin de donner une explication* à des impressions morbides probablement communes à tous les malades ». En vérité, cette définition par un « besoin » ne nous éclaire guère, et la citation de Lasègue sera à retenir surtout pour sa terminaison.

Ségas, on le sait, s'est tout particulièrement, et pour divers états morbides, préoccupé de cette question de la genèse du délire (1), et invoque tour à tour divers mécanismes.

A la prédominance du jeu *intellectuel*, on peut rattacher ces opinions, émises çà et là, à propos du délire dans la mélancolie, du délire d'auto-accusation, du délire des négations, du délire de persécution.....

Les « formules variées (des idées mélancoliques) tiennent surtout au caractère de l'individu, à son *degré de culture intellectuelle*, aux événements qui ont marqué son existence, à des impressions accidentelles, au milieu social... »

Le délire mélancolique « n'est le plus souvent qu'une *tentative d'interprétation* de l'état d'anéantissement profond, de douleur mo-

(1) *Leçons cliniques*, p. 297, 301, 305, 354, 359, 361, 371, 374, 456, 464, 474, 511, 520, 662, 663, 665, 666, 672...

rale... », dont le patient *cherche la raison ou envisage les conséquences* »... Il se développe donc « à titre de tentative d'explication des phénomènes douloureux primitifs... »

Toutefois, ajoute Ségas, « ces interprétations, ces *déductions* de l'aliéné ne sont pas la résultante d'un *raisonnement aussi nettement conscient qu'on pourrait l'imaginer*. Les troubles qui existent dans l'exercice volontaire de l'intelligence, s'accompagnent d'un autre côté, et comme conséquence nécessaire, d'un *certain degré d'automatisme psychologique*, origine première des idées délirantes, *reprises ensuite par la conscience* pour être alors énoncées nettement par le sujet à titre de *tentative d'explication...* ».

Ségas souligne encore, à propos du délire d'auto-accusation, « la part de l'automatisme dans la genèse des idées délirantes, formulées ensuite comme tentative d'explication. En effet, elles apparaissent d'abord ici (exemple clinique), d'abord dans les *rêves* : ainsi, mûries par une sorte de *travail inconscient*, elles se présentent à l'*esprit de la malade*, lorsque le terrain est suffisamment préparé pour le délire, avant qu'elle ait eu le temps de réfléchir. »

Chez un obsédé, les idées d'auto-accusation sont « le résultat direct de l'*automatisme psychologique* provenant lui-même du *défaut de synthèse mentale*, de l'état d'*aboulie* qui fait le fonds de la maladie... »

Chez un paralytique général, « ces idées *s'imposent à son esprit* », *puis il y croit*.

Chez un confus, « ...simples produits de l'*automatisme psychologique* résultant de l'état de confusion mentale, elles ne sont plus reliées à titre d'interprétation secondaire, aux troubles primordiaux, éléments caractéristiques de la mélancolie. Ici, de même, le ton émotionnel reste indifférent ; l'anxiété, s'il y en a, n'est plus qu'un mode de réaction, *sous l'influence des idées délirantes*, un lieu de leur donner naissance... »

Dans le délire des négations, Ségas estime que, « de l'idée de négation naît parfois, par une *sorte de déduction logique*, l'idée d'immortalité... La négation de la mort n'est... que le corollaire de la négation de la vie ».

Et si les tentatives maladroites de suicide n'aboutissent pas, « ces insuccès entrent souvent pour une grande part dans la *genèse de leurs idées d'immortalité...* »

Le rapport des idées de persécution et d'auto-accusation sont variables. « Peu à peu ces états morbides s'amplifient, prennent corps, s'organisent et s'unifient en une conception fausse qui, suscitée *automatiquement* par le *mécanisme de l'association*, est prise par le malade comme une *explication naturelle* de son état, et devient à son tour un centre d'attraction vers lequel tout converge... »

Mais si l'on a vu çà et là, au cours de ces citations de Ségas, poindre l'importance du *facteur affectif*, c'est lui qu'on trouve

prédominant dans les suivantes, toujours à propos des mêmes observations cliniques :

L'automatisme psychologique invoqué, « origine première des idées délirantes, reprises ensuite par la conscience... », est déjà assez caractéristique. La recherche des « antécédents » chez une auto-accusatrice précise davantage : elle a « toujours été très impressionnable, indécise, irrésolue, méticuleuse, scrupuleuse... Elle avait souvent des craintes d'avoir mal fait ». Lorsque survient l'accès dépressif, « le sommeil devient irrégulier, troublé par des rêves portant déjà sur les idées qui se montreront évidentes..., la dépression, l'anxiété intérieure atteignent leur maximum, et en même temps apparaissent les idées délirantes, sans même, dit-elle, qu'elle ait le temps de réfléchir quand cela vient... ». (Souligné dans le texte).

A propos du délire de persécution, Séglas demande : « Ce travail syllogistique que vous opérez dans votre recherche psychologique correspond-il exactement à une série de déductions identiques que l'aliéné aurait faites de son côté ? » Et il conclura : « Il est bien difficile d'admettre, en face de l'identification complète du malade avec ses conceptions délirantes, que celles-ci ne soient que le simple résultat d'un raisonnement abstrait. Pour déterminer une conviction aussi inébranlable, elles doivent avoir des racines beaucoup plus profondes dans l'intimité de la personnalité individuelle, se rattacher à toute une systématisation antérieure d'états affectifs, intellectuels..., pour être un persécuté, le malade n'en est pas moins resté un orgueilleux et même son orgueil natif n'en est que plus tangible... »

Dans le délire des négations « apparaissent dans la conscience des idées délirantes adéquates reprises par le malade à titre d'interprétation, de justification de ses sentiments... C'est dans les phénomènes les plus élémentaires de la vie qu'il faut en rechercher les premiers éléments (de la personnalité). C'est le sens organique..., la cénesthésie qui est la base de l'individualité psychique... C'est en elle que prennent naissance tous nos états affectifs, émotions, penchants, sentiments »...

Dans l'hypochondrie, qui « apparaît comme un état constitutionnel..., lorsque se formulent des idées véritablement délirantes, elles ne sont à vrai dire que l'exaspération des tendances antérieures.

Dans deux ouvrages d'ensemble importants, Vaschide et Vurpas (1) ont spécialement étudié les mécanismes délirants, et, en conclusion d'une longue revue historique, ils semblent rester hésitants :

« Quels sont les éléments psychologiques qui caractérisent le délire ? Serait-ce l'abondance des images, l'incohérence des idées, ou la cohérence spéciale de certains états psychiques qui se poursuivent

(1) *L'analyse mentale*, 1903, et *Psychologie du délire dans les troubles psychopathiques*.

avec un certain rythme dans l'espace et dans le temps, pour aboutir sans une raison suffisante à une conception sans portée ? Seraient-ce les *associations d'idées vertigineuses qui se déchainent* impulsivement sous l'excitation d'une source d'origine toxique, infectieuse, psychique, ou autre ?

« Serait-ce un *caprice du raisonnement* parfait en lui-même, mais qui évolue dans un *système de logique* spéciale, dont on ne saisit ni la *genèse* ni le sens de l'activité ? Serait-ce la prédominance de certains états psychiques *hallucinatoires* qui paraissent et disparaissent dans l'horizon de la conscience présente du sujet comme des phosphènes ? Serait-ce un *état de rêve* qui se dessine parallèlement à la conscience pendant l'état de veille et qui poursuit ce chemin en zig-zags sinueux tel qu'on le rencontre dans la structure intime de la vie mentale du rêve ?

« Voilà autant de questions auxquelles les longues descriptions des milliers de pages écrites sur le délire ne donnent aucune réponse précise. »

« ...Il y a toutefois un élément, qui semble se détacher dans l'étude de l'analyse de ces phénomènes de conscience..., c'est l'*association des idées*. C'est le seul élément qui semblerait entrer en jeu dans les divers phénomènes délirants ou plutôt le *seul élément qui permettrait de caractériser le délire*. Les différents processus psychiques sont les mêmes à l'état normal et à l'état pathologique. Une différence de degré, de quantité, pourrait seule être invoquée pour établir une différence entre l'individu sain et le délirant. Encore risquerait-elle souvent de se trouver en défaut. »

G. Petit (1), à propos des idées délirantes en corrélation avec les phénomènes « pseudo-hallucinatoires » qu'il étudie spécialement, formule diverses appréciations :

« ...L'*imagination créatrice* et l'*imagination reproductrice* jouent un rôle considérable dans la genèse de la plupart des délires...

« ...On doit reconnaître l'appui réciproque que se prêtent, dans la pathogénie des idées délirantes, les *créations imaginatives* pures, issues d'un *automatisme idéo-affectif synthétique* et supérieur, et les produits les plus inférieurs (hallucinations et pseudo-hallucinations) d'un *automatisme plus analytique* et portant surtout sur les représentations élémentaires ; il est probable que ces deux variétés d'*automatisme* se combinent et s'associent le plus souvent..., dans l'édification progressive des systèmes de croyance morbides...

« ...des modalités telles que le sujet les rejette de son moi conscient..., et tente d'*expliquer* leur apparition à l'aide d'*hypothèses* bientôt transformées en croyances morbides...

« ...éléments plus simples... qui ne suscitent que *secondairement*

(1) Thèse 1913, p. 41, 50, 51, 65, 69, 80.

des explications ou des interprétations de la part du reste de la personnalité...

« ...Le plus souvent, le *moi du sujet* intervient bientôt, par une sorte de *tentative de réduction* plus ou moins involontaire, pour l'englober dans des synthèses plus complexes, dans les systèmes coordonnés, de façon à harmoniser, d'une manière plus ou moins consciente, l'apparition du phénomène nouveau avec le reste de la personnalité... »

G. de Clérambault, dans une communication faite avec Porcher (1) sur « automatisme mental et scission du moi », écrit au sujet du mécanisme explicatif : « ...Le mode d'interprétation qu'un malade donne aux phénomènes dont il est le siège, dépend du degré d'*imagination* ou de *raisonnement* et d'*optimisme* ou de *méfiance* qu'il possédait auparavant ; il dépend aussi, mais seulement pour les locutions et images, d'un lot d'idées qui est également préétabli. Le délire proprement dit n'est que la *réaction obligatoire d'un intellect raisonnant*, et souvent intact, aux phénomènes qui sortent de son subconscient, c'est-à-dire à l'automatisme mental...

« ...Le mode d'interprétation de cette scission est laissé aux aptitudes *imaginatives* ou *interprétatives* du sujet. La nature de la construction explicative qui en résulte dépendra pour une très grande part d'*idées préexistantes* tenant à l'époque, au milieu, à la culture (diabes, animaux, hypnotisme, télégraphie sans fil). Seule, une *activité interprétative* en fera un persécuté, encore cette activité devra-t-elle être soutenue, comme on l'a toujours reconnu, par une *méfiance* préétablie, un caractère paranoïaque...

« ...L'idée de persécution, quand elle se produit, est secondaire, elle résulte, à la fois, d'un *essai d'explication* et d'une *prédisposition hostile* (constitution paranoïaque).

« Le même essai d'explication, fait avec des *facultés imaginatives* et des *sentiments optimistes* donnera lieu à un délire mystique ou mégalomane...

Quercy (2) a mis en lumière le caractère « secondaire » du mécanisme délirant : « ...La même image, vive et d'un automatisme conscient, subie par deux malades, sera *jugée*, par le premier, comme un produit de son imagination, par le second, comme une communication d'origine étrangère à lui. De même qu'une hallucination sensorielle peut être « *consciente* » (hallucinoïde), ou *mal interprétée* (délire hallucinatoire), de même une image vive et imprévue peut être tour à tour, bien *jugée* ou *qualifiée* de voix intérieure étrangère, et quand un malade passe de l'hallucination au délire hallucinatoire ou du mutisme à l'« hallucination psychique » de Baillarger, ce passage n'est pas suffisant pour montrer que la qualité réelle de ses

(1) *Société clinique de Médecine mentale*, avril 1920.

(2) *Encéphale*, 1920 : Voix et hallucinations, p. 621.

représentations a changé ; ce qui s'est sûrement modifié, *c'est l'idée qu'il s'en fait, c'est l'interprétation qu'il en donne* ; tant qu'il interprète bien, il dit : « Je ne suis pas maître de ma pensée », quand il interprète mal : « J'ai une voix dans la tête. » M. Petit, qui a créé pour ces innombrables phénomènes le nom d'interprétations endogènes, ne veut pas qu'on le leur applique et il insiste sur leur automatisme qui interdirait tout rapprochement avec les interprétations. Mais des *faits psychiques ressentis comme automatiques sont une matière d'interprétations comme une autre.*

Une observation d'Alajouanine et Codet (1) met en relief l'influence des *dispositions affectives préexistantes* sur l'orientation du thème explicatif : « ...Quand, dit leur malade, on me dit des choses agréables, c'est mon mari ; quand on me dit des choses désagréables, ce sont des ennemis, soit de moi, soit de mon mari... »

H. Bouyer (2) propose cette analyse d'un phénomène délirant : « Le fait, par exemple, de se croire inspiré, mû par une force étrangère, *comporte en réalité deux temps indispensables* : d'abord, la *méconnaissance d'une partie de sa propre activité* : « Ce n'est pas moi qui pense, qui parle, qui agis », puis *l'attribution à un autre* : « C'est Dieu, c'est la T.S.F., c'est un magnétiseur... » L'objet ne s'impose nullement d'une manière immédiate, mais le sujet le pose, par *besoin d'explication* et sans caractère sensible déterminé ; la donnée première est d'ordre négatif. Sans doute, le *raisonnement demeure-t-il souvent implicite* ; peu importe, il y a raisonnement, ce qui apparente le phénomène à l'interprétation fausse et le distrait tout à fait de l'hallucination... »

Pour R. Mallet (3) un délirant, en face d'une perception fausse, « qu'il ne peut corriger d'aucune manière, et qui *s'en inquiète*, ne la *critique pas* comme le précédent (l'obsédé), il se comporte devant cette sensation *comme devant une perception normale* ; il lui attribue une origine exogène... ».

Mignard, dans son étude sur la psychologie des délires (4), aperçoit « que la défaillance centrale de la pensée consiste dans les deux faits suivants : une supposition est produite avec une telle violence qu'elle est admise comme seule possible ; tout processus de contrôle sérieux et impartial est écarté *à priori*. Or, ce point de départ idéo-affectif de la folie raisonnante se réalise dans toute émotion vive. D'une part, en effet, le désordre émotionnel suspend la puissance de contrôle que le sujet possède sur ses propres processus psycho-physiologiques, d'autre part, l'inclination dominante incite l'imagination intellectuelle

(1) *Société clinique de Médecine mentale*, mai 1921,

(2) *Annales médico-psychologiques*, décembre 1926, p. 439.

(3) *Les Délirants*, p. 8-9.

(4) MIGNARD. — In *Traité Sergent*, t. VII, *Psychiatrie*, 1926, p. 234.

à produire toutes les suppositions qui tendent à le favoriser... L'idée délirante nous apparaît comme une *attitude idéo-affective* que le psychisme est violemment sollicité à prendre. Nous repoussons encore ici les mots de séparation et d'automatisme qui ne traduisent pas la réalité ».

Sans doute, nous reprochera-t-on que ces citations alourdisent notre exposé. Mais nous avons tenu à ne pas déformer — sans nous vanter d'y être totalement parvenus — la pensée des auteurs. Il s'agit d'ailleurs, répétons-le, du mécanisme invoqué de l'idée délirante en général. Et si nous jetons un rapide coup d'œil sur ces citations, en soulignant les mécanismes proprement intellectuels invoqués, on verra bientôt qu'ils se réduisent en réalité à peu de chose. De nombreuses expressions proposées en effet, beaucoup s'apparentent à la pétition de principe et n'apportent aucune clarté réelle : Fantômes de l'imagination (Guislain), exercice involontaire des facultés (Baillarger), défaut dans la direction de l'activité mentale, ou insuffisance dans le pouvoir de synthèse psychique (Cotard), étapes logiques du délire (Régis), délibération des facultés sur les impressions reçues, état morbide de l'intelligence, fonctionnement morbide du cerveau (Ball)..., nous paraissent de cet ordre.

Celles qui apparaissent un peu plus précises sont en définitive peu nombreuses : automatisme psychologique (Ségla, G. Petit), ou désagrégation de l'intelligence (Moreau de Tours), ou affaiblissement du pouvoir de synthèse mentale (Ségla, Vaschide et Vurpas) ; attention (Esquirol, Vaschide et Vurpas) ; association des idées (Ségla, Vaschide et Vurpas) ; imagination (G. Petit)...

C'est donc vers un substratum affectif qu'on va se diriger, en l'exprimant de façon plus ou moins explicite ou différenciée : besoin d'explication (Lasègue) ; travail inconscient, racines dans l'intimité de la personnalité (Ségla) ; orientation psychique (Vaschide et Vurpas) ; anxiété, systématisation antérieure d'états affectifs, justification des sentiments (Ségla) ; disposition imposée par la maladie, état intérieur dont le sujet ne soupçonne pas l'existence (Falret) ; excès de subjectivité (Cotard), direction habituelle vicieuse de l'activité mentale (Ball) ; optimisme, méfiance... (de Clérambault) ; logique spéciale dont on ne saisit ni la genèse ni le sens de l'activité (Vaschide et Vurpas) ; tentative de réduction plus ou moins involontaire (G. Petit)...

Nous avons dit déjà que notre but primitif avait été de différencier de l'interprétation délirante légitime certaines formules

confondues parfois avec elle. Pour serrer le problème de plus près, il est donc utile de rappeler quels processus psychologiques ont été invoqués dans la genèse de l'interprétation délirante.

Sérieux et Capgras (1) rappellent que les théories concernant les délires systématisés non hallucinatoires « sont de trois sortes : l'une, qui a longtemps régné sans conteste, considère la paranoïa comme une création primaire du cerveau, d'origine intellectuelle, dépourvue de toute base émotive ; l'autre, au contraire, fait jouer à l'élément affectif un rôle primordial et exclusif, la troisième reconnaît à la maladie une origine à la fois intellectuelle et affective ».

« La théorie idéo-affective semble s'adapter le mieux aux faits cliniques. Hypertrophie ou *hyperesthésie du moi*, esprit faussé, soit par la sensibilité, soit par une déviation intellectuelle, soit plutôt par une influence convergente de ces deux facteurs, conflits de cette personnalité psychopathique avec le monde extérieur, *idée fixée par l'émotivité et soustraite ainsi à l'auto-critique*, telle nous paraît la formule des conditions de développement du délire d'interprétation. Par suite du monoïdéisme et des états affectifs qui l'accompagnent, du rôle amoindri du sens critique, un processus d'association et d'inhibition systématique préside au choix des explications ; seules sont retenues celles qui *concordent avec les états de conscience habituels*, avec les idées maîtresses et les *tendances prédominantes*. L'interprétation apparaît alors, tantôt *spontanément*, tantôt par une *concentration de l'attention* ; simple essai au début, elle devient de plus en plus envahissante, puis acquiert une certaine autonomie ; c'est une tournure d'esprit, une *habitude* qui finit par s'exercer même en dehors de tout état émotionnel intense... »

Abordant le « mécanisme de l'interprétation », Sérieux et Capgras, après avoir longuement souligné, après nombre d'auteurs, ses analogies avec celui du raisonnement normal, ou sub-normal (états passionnels, timidité, jalousie, passion), précisent que, chez « l'interpréteur, les idées dominatrices, la spécialisation délirante, déterminent une *attention élective*, dont la force est centuplée chez lui parce que la représentation s'accompagne d'un état affectif très fort. L'intensité des images, liée au ton émotionnel, éclipse le sens critique et favorise la production des interprétations. Il n'y a ni doute, ni contrôle, les images contradictoires, antagonistes, ne pouvant lutter contre la représentation pathologique et l'empêcher de s'objectiver ».

Ils rappellent avec Cotard, que ce mécanisme ne diffère pas foncièrement du « mode de formation des opinions erronées... : la conviction pénètre, non par l'entendement, mais *par le sentiment* »..., il y a « prépondérance du sentiment et faiblesse relative de l'intelligence ».

(1) *Les Folies raisonnantes*, chap. V : Genèse et cause, p. 213 à 213.

Et de conclure : « En somme, la para-logique circonscrite de l'interpréteur n'obéit assurément pas aux lois de la logique rationnelle, mais elle se conforme à celle de la *logique des sentiments* : elle a pour base les raisonnements affectifs. C'est... un raisonnement de découverte, « toujours régi par une tendance, une inclination, un désir, une aversion, un état affectif. »

On sait comment Dromard (1) a heureusement insisté sur ce point de vue ; définissant l'interprétation « inférence d'un percept exact à un concept erroné par l'intermédiaire d'une association affective », il montre comment elle ne constitue qu'une apparence de « syllogisme », par le fait que les prémisses ne sont, — grâce au jeu des tendances, — que des inductions ou déductions « anticipées », aboutissant donc à une conclusion qui n'est qu'une pétition de principes. Les associations intellectuelles du raisonnement se font en réalité par l'intermédiaire d'associations affectives, le sujet attribuant à la liaison intérieure entre les images la valeur d'une liaison extérieure entre les choses. L'état affectif dominant rendant seule possible l'hypothèse qui s'accorde avec lui, l'interprétation se ramène à « une conjoncture dans laquelle il y a submersion complète des résidus empiriques (le bon sens), par les valeurs affectives ».

Et celles-ci prévaudront d'autant plus qu'elles agiront au détriment de la conscience lucide : états affectifs intenses ou prolongés. Mais, en définitive, la modalité même de ce raisonnement affectif n'a rien de pathologique, car il est naturel de « juger affectivement », acquis de « juger intellectuellement ». Ce qui est pathologique, c'est la fixité des tendances.

Ainsi donc, l'interprétation morbide, légitime, est caractérisée par un jugement affectif — mieux que « raisonnement », — à propos d'un objet réel.

Et c'est par le caractère différent de l'objet auquel s'appliquera un jugement analogue que nous estimons nécessaire de différencier un mécanisme psycho-clinique qui ne répond pas à cette définition de l'interprétation délirante.

Nous ne voulons pas qu'on puisse « réduire » l'hallucination à une interprétation légitime en considérant comme un objet réel, un fait exact, le phénomène initial (?) d'automatisme mental. Localisons en effet la discussion aux troubles de cet ordre : Comment peut-on mettre sur le même plan la constatation par un interpréteur d'un fait tangible, et constatable par des tiers (le passage d'un avion...), « phénomène normal », et un trouble « évidemment » pathologique par lui-même, l'apparition dans la

(1) *Journal de Psychologie*, 1910. L'interprétation délirante.

conscience d'une image (au sens le plus large) non rapportée au moi ? C'est là, nous semble-t-il, la confusion majeure.

Et de même qu'il faut distinguer deux temps dans l'interprétation morbide (perception correcte + jugement erroné), de même il y a lieu d'apprécier, dans le processus qu'on doit en différencier, deux temps également (perception erronée + jugement erroné). C'est ce que soulignait Bouyer, dans un passage cité plus haut, en distinguant, rappelons-le : « deux temps indispensables : d'abord la *méconnaissance d'une partie de sa propre activité...*, puis l'*attribution à une autre* ». Cette « méconnaissance » n'est pas, ne peut pas être, à notre sens, tenue pour un « fait exact ».

De la genèse de ce trouble, qui a motivé tant de récents et intéressants travaux, nous ne nous occuperons pas ici. Cette « méconnaissance » par le sujet, cette objectivation d'un phénomène essentiellement subjectif, nous semble en définitive le point capital.

C'est à l'appréciation consécutive que nous nous attachons maintenant. Que le jugement porté soit ou non identique, analogue, parallèle au jugement « affectif » de l'interprétation, peu importe. Ayant pour point de départ un phénomène différent, normal dans un cas, morbide dans l'autre, il aura une physionomie différente en clinique. C'est à ce jugement, *secondaire à un phénomène déjà pathologique*, que nous réservons le nom d'explication délirante.

Que cette formule explicative présente au maximum le caractère des jugements affectifs, des jugements de valeur, et s'apparente ainsi au processus interprétatif — dans son application au fait « réel » — on n'en saurait douter. Mais on remarque au moins qu'il manque dans les cas où un trouble d'automatisme est correctement apprécié, rectifié.

Ces formules sont, en définitive, « communiquées » sous la forme d'images, « matériaux représentatifs » dont l'« évocation, utile il est vrai, *dépend entièrement d'une tendance*, du savoir non représenté » (1), on ne s'étonnera donc pas de ne les pouvoir finalement différencier dans leur mécanisme, des appréciations « normales » de l'existence commune :

« Les enchaînements de la logique affective, dit Gustave Le Bon (2), ont également leurs lois. S'exerçant dans une *région inconsciente*,

(1) *Traité de Psychologie de Dumas : Les images*, par L. BARAT.

(2) *Les opinions et les croyances*, spécialement p. 52, 86, 89, 93, 144.

elles ne parviennent dans le conscient que sous forme de résultats... Les états affectifs paraissent s'associer entre eux comme les états intellectuels. Ils s'associent également à ces derniers, en sorte que l'apparition des uns peut évoquer celle des autres..., les associations affectives se faisant, le plus souvent, d'une façon inconsciente, échappent à notre action...

« Dans les sujets usuels, c'est la logique affective qui sert de base, les choses s'enchaînent suivant des règles rigoureuses, très *étrangères à notre logique rationnelle*, mécanisme précis, mais mal connu... »

Il faut aussi faire la part, selon G. Le Bon, de la *logique mystique* non inconsciente, et qui souvent inspire des actes contraires aux intérêts les plus évidents du sujet. Le mysticisme, générateur d'une crédulité illimitée, est « l'attribution à un être, un objet, une puissance ignorée, d'un pouvoir magique indépendant de toute action rationnelle ».

Il faut tenir compte du *besoin d'explication*, « besoin intense, et qui se satisfait aisément » : tenant les explications erronées pour définitives, on n'en cherche plus d'autres.

Mieux encore, la mentalité délirante s'apparente à la mentalité primitive, à cette mentalité prélogique, décrite par Lévy-Brühl : les rapports mystiques qu'elle appréhende si souvent entre les êtres et les objets impliquent une participation entre ces êtres et ces objets. « Les objets, les êtres, les phénomènes peuvent être, d'une façon incompréhensible pour nous, à la fois eux-mêmes et autre chose qu'eux-mêmes. » Cette loi de participation se rapproche singulièrement du *délire de signification personnelle*, caractéristique de la paranoïa. Dans ces deux états mentaux similaires, celui du primitif et celui de l'aliéné, la prélogique qui domine n'exclut pas la logique : « Ils se pénètrent réciproquement et le résultat est un mélange dont nous avons grand-peine à laisser indistincts les éléments (1). »

En matière de conclusion à cette étude psychologique, nous pensons pouvoir formuler :

L'explication délirante apparaît comme un concept dont le caractère primordial est d'être *secondaire à un trouble psychique* déjà nettement pathologique par lui-même, et avec lequel il reste lié.

Nous avons, pour mieux schématiser notre pensée, considéré comme trouble initial un phénomène « d'automatisme mental ». Il nous restera, à l'étude clinique d'ensemble, à chercher si l'explication délirante peut se surajouter à des troubles élémentaires d'un autre ordre.

(1) LÉVY-BRÜHL. — *Les fonctions mentales dans les sociétés inférieures*.

Le phénomène pathologique initial, s'il est correctement perçu, peut être ou rectifié ou servir d'objet à une interprétation délirante légitime. C'est lorsque le trouble n'est pas reconnu comme tel, que l'explication qui en est donnée doit être retenue comme « explication délirante ». C'est à cause même du caractère pathologique du phénomène initial que nous employons le terme « délirante », le mécanisme lui-même pouvant apparaître comme normal.

L'explication délirante, obligatoirement liée d'une part à un trouble antérieur, méconnu comme tel par le sujet, se relie par ailleurs à d'autres explications. Ainsi s'échafaude une systématisation, dont elle apparaît une des bases. Certains délires, riches en apparence de troubles élémentaires, semblent, par défaut d'explication délirante, en réalité pauvrement systématisés : il y a juxtaposition d'interprétations, d'hallucinations..... La multiplicité de ces troubles, avec indigence d'explication, entraîne un caractère de confusion des idées au cours de ces délires.

La « forme » des explications est variable sans doute en rapport avec les tendances, la valeur intellectuelle... du sujet. On retrouve en effet : — des affirmations, avec certitude, — des hypothèses, parfois claires, parfois mystérieuses, — des hésitations, sous forme de doutes, d'interrogations.

L'explication délirante apparaît — au moins dans certain cas, et notamment dans quelques psychoses hallucinatoires — comme une tentative de réduction ou d'adaptation de la personnalité consciente vis-à-vis du trouble primitif. Il y a là une sorte d'interaction entre les symptômes primaires et la personnalité saine, comparable à celle que les auteurs modernes mettent en relief dans le premier stade de la schizophrénie.

Cette interaction reste dominée par l'affectivité et sa logique spéciale, mais c'est en partie, l'introspection, c'est-à-dire la notion de l'étrangeté du phénomène initial, perçue par le sujet, qui le pousse à utiliser sur ce point les fonctions psychiques plus ou moins intactes qu'il conserve. Il compare donc ces phénomènes entre eux, il les relie à ceux que lui fournit son expérience, il cherche à leur trouver une cause plausible, il raisonne sur eux comme sur un fait réel, bref, il les coordonne, il les explique.

Cette adaptation est dirigée soit par des tendances normales, soit plus fréquemment par des tendances pathologiques — type paranoïaque... qui se manifestent expressément dans la formule

même des explications. En clinique, l'explication délirante sera souvent la clef du diagnostic.

En effet, à ne considérer que superficiellement le processus, on peut être tenté de rappeler le rôle de l'imagination : « pouvoir de former des images ou des représentations et... de les objectiver » (1) — de l'association des idées, de l'attention, du pouvoir de synthèse mentale..., en réalité, l'étude clinique objective montre que c'est ici l'affectivité — avec ses dérèglements — qui règne en maîtresse.

*
**

En clinique, le caractère assigné à l'explication délirante dans l'étude psychologique, est facile à déterminer lorsque le trouble élémentaire — auquel l'explication serait, par définition, secondaire — est un phénomène hallucinatoire ou pseudo-hallucinatoire bien tranché. Quoi qu'on en ait dit, — et c'est là l'origine importante de l'emploi abusif du terme interprétation — l'hallucination n'est pas un fait « réel » ; elle n'a d'existence que pour le sujet seul ; et son caractère morbide ne fait pas question.

Dans les processus non hallucinatoires, la démarcation reste plus difficile. Sans avoir la prétention d'épuiser le sujet dans cette étude d'ensemble, nous nous contenterons de l'aborder.

Lorsque le phénomène primitif, élémentaire, tend vers un caractère plus ou moins net d'organicité, à localisation neurologique plus ou moins précise, la difficulté peut être énorme.

Ainsi en est-il des troubles de la sensibilité générale, des *cénestopathies*. Il est évident que, même en l'absence de symptômes objectifs, on peut y pressentir une lésion, ou un trouble à substratum organique. N'y a-t-il pas là identité avec le fait réel dont va s'emparer l'interpréteur, et l'idée délirante surajoutée n'est-elle pas, dans tous les cas, une « interprétation » ? Nous ne le croyons pas.

Interprétation ? Oui, lorsqu'un sujet constate une douleur anormale, la décrit en tant que telle, et en conclut que ses persécuteurs ont cherché à l'empoisonner.

Non, sans doute, lorsqu'un autre malade, à propos d'une sensation analogue, ou identique (?), annoncera dans son corps la présence d'in vraisemblables parasites. Il existe là, évidemment, entre la constatation brutale du phénomène pénible initial et une affirmation choquante, un moment où il y a cassure avec la

(1) DUGAS. — *L'imagination*.

« réalité », — au sens d'aliment normal à l'interprétation légitime. — La difficulté pratique est de constater cette cassure, et il semble que toutes les formules de transition se retrouvent ici.

Dans l'exemple schématique que nous donnions à l'instant (idées d'empoisonnement), le caractère interprétatif ne fait pas de doute.

A un degré de plus, il s'agira de « *description* » (c'est le terme de Dupré) (1), et l'on ne saurait alors parler d'explication délirante, au sens où nous l'entendons. Le sujet essaie de faire comprendre les sensations qu'il éprouve, et ses expressions mêmes sont caractéristiques.

Écoutons la malade de Dupré et Mad. Long-Landry :

« C'est des drôles de douleurs, *on dirait qu'il y a un millier de bêtes qui me rongent là-dedans...*, ça m'énerve, c'est raide : *c'est comme si les deux yeux étaient attachés ensemble et qu'ils soient raides. On dirait que les nerfs sont maintenus par quelque chose qui me serre. C'est comme si tout cela était mort. On dirait que ma figure devient toute petite.* »

La malade de Dupré et Logre répète : « *Ils me torturent. Ils me font mourir. Si on lui demande : qui, ils ? elle répond : je ne sais pas, c'est une manière de parler.* »

Il apparaît donc qu'il n'y ait là que des « sensations étranges, parfois indéfinissables, et décrites par les malades avec un grand luxe d'*images* et de *comparaisons*, proportionnelles, dans leur précision et leur pittoresque, au niveau intellectuel et à la richesse imaginative des sujets ». Mais ces malades, « en décrivant leurs pénibles sensations, ne délirent pas. Ils n'édifient pas de système pathologique sur leurs troubles sensitifs, et n'en présentent pas une explication plus absurde que les sujets normaux, qui essaient d'interpréter le mécanisme de leurs souffrances. Ils ne croient pas à l'origine extra-naturelle de leurs malaises..., ils en reconnaissent le *caractère morbide...* ». Ce caractère est essentiel et permet de ne pas considérer les « descriptions » au premier abord peut-être suspectes, comme des « explications délirantes » au sens où nous l'entendons.

Mais lorsqu'on rencontre ces « *cénestopathies compliquées de réactions délirantes, d'idées d'hypocondrie, de zoopathie interne, de possession, de grossesse...* », il ne s'agit plus là, ni de l'interprétation délirante (légitime) d'un fait exact, ni de la sim-

(1) *Soc. de Psychiatrie*, 17 mars 1910. Congrès d'Amiens, 1911, discussions, p. 54. — *Les Cénestopathies, Mouvement médical*, janvier 1913.

ple « description » de phénomènes subjectifs : à un moment donné, le malade a perdu la notion de « trouble morbide », une partie de la sensation éprouvée est déjà sans rapport normal avec son objet et, *secondairement*, l'explication donnée (présence d'un animal...) va constituer, selon nous, une « explication délirante » légitime.

Avec la progression du délire, le processus explicatif, tel que nous l'entendons, apparaît plus grossi : Une malade de Lévy-Valensi et Sonn (1), après « des préoccupations hypocondriaques, étayées par des troubles cénesthésiques », affirmera que plusieurs diables habitent son corps. Elle en a senti jusqu'à deux mille, et « la conviction délirante est telle qu'elle les insulte, les pourchasse, et prétend les écraser sous ses pieds ». La méconnaissance du « caractère morbide » d'un trouble élémentaire devient évidente, le phénomène sensitif initial est déformé, la perception fausse s'apparente de toute évidence à celle des hallucinations sensorielles caractérisées. Un élément pathologique sert de base à un thème qui motive l'emploi du terme : « explication délirante ».

Aux troubles de la cénesthésie, — terme pris dans un sens différent du précédent — peut se rattacher un processus délirant de mécanisme analogue. On définit en effet parfois par cénesthésie le « sentiment général que nous avons de notre propre corps » (Barbé), le « sentiment personnel lié aux sensations » (Courbon). On sait comment on a expliqué par ces troubles « cénesthésiques » l'état pénible des syndromes mélancoliques, et comment (Séglas) on a pu en faire dériver, *secondairement*, les idées délirantes à teinte spéciale relevés dans ces états. On ne peut pourtant, à notre sens, considérer ces idées comme « explicatives » des sentiments pénibles éprouvés par le malade : il les perçoit tels à bon droit, il n'y a donc pas erreur de sa part. Dans certains cas cependant, ces altérations de la « perceptivité cénesthésique » (2) peuvent créer des troubles morbides spéciaux « expliqués » *secondairement*. Courbon souligne comment ces malades sentent moins intensément (anesthésie psychique douloureuse), et en arrivent à la « perte de la vision mentale ». Ainsi « l'impression cénesthésique » qui, dans toute perception, double « l'impression sensorielle », altère cette dernière chez le mélancolique, qui ne s'approprie plus les sensations. Et un malade

(1) *Soc. de Psychiatrie*, 17 mai 1927.

(2) COURBON. — Interprétations délirantes et perceptivité cénesthésique, *Revue de Psychiatrie*, 1913, p. 239.

pris en exemple qui « ne peut plus se rappeler comment est sa maison » (trouble d'identification) en déduit « qu'elle n'existe plus » (explication délirante, disons-nous, — interprétation, écrivait Courbon).

C'est dans un ordre de choses très voisin qu'on peut trouver l'explication d'une *illusion de fausse reconnaissance*. Dans la même communication, Courbon cite le cas d'un « mélancolique », avec idées hypocondriaques et auto-accusatrices, qui croit avoir reconnu son neveu en un malade entrant « ligoté ». Mis en sa présence, il persiste dans son erreur, et affirmera que « c'est la punition de l'oncle qui est la cause du malheur du neveu ». A la vérité, on découvre ici une sorte de choc en retour et l'état affectif, créateur inconscient de la fausse reconnaissance, se retrouve dans l'explication qu'en donne le malade.

Les réactions des mélancoliques peuvent être méconnues en tant que morbides par le sujet, d'où possibilité d'explication délirante : c'est, semble-t-il, ainsi qu'on peut cataloguer le cas de ce malade de Codet (1) qui, appréciant que ses actes (démision, vente, suicide) ont été faits « trop vite, sans précaution et sans réflexion », sans répondre « à son désir conscient »..., « en déduit une *hypothèse d'influence* nettement exposée : ses pensées et ses actes, en opposition avec ses tendances, ses désirs, ses intérêts, ne peuvent pas venir de lui-même : il y a toujours cette force qui agit en moi. *Ne se jugeant nullement* malade, il cherche une *explication* au phénomène, qu'il traduit en propres termes : « je suis poussé à faire un tas de choses ».

Et les explications se superposent :

« *L'interprétation* (Codet) de l'*origine* de cette force étrangère (concept erroné, ajoutons-nous) lui est fournie par le hasard ; voici un mois, il a eu sous la main quelques brochures de vulgarisation sur l'hypnotisme. Il y a trouvé l'*explication* satisfaisante : Il me semble que, ça pourra m'expliquer mon cas. »

Des troubles, incorrectement perçus, de l'*activité*, peuvent aboutir à des idées explicatives d'influence, souvent très immédiates et difficiles à dissocier du phénomène initial : Ainsi peut-on considérer des troubles d'*origine comitiale*. Une malade de Montassut et Lignières (2) se plaint de l'influence d'un astrolo-

(1) Idées d'influence au cours d'un état mélancolique, *S.M.P.*, 26 février 1923.

(2) Interprétation délirante d'actes automatiques comitiaux. *Soc. de Psychiatrie*, 17 novembre 1927. *Encéphale*, 1927, p. 806.

gue... « phénomènes qui, primitivement, avaient paru être de banales hallucinations psychiques ou psychomotrices, se révélèrent au cours d'examen comme non hallucinatoires mais essentiellement interprétatifs d'équivalents psychiques comitiaux ». Ces accidents, frustes ou larvés, inconscients et amnésiques, présentent une certaine coordination ; et le sujet cherche « logiquement à interpréter ces phénomènes ».

Mais, puisque la malade ne constate pas simplement qu'il s'agit de troubles morbides, on ne doit plus parler d'interprétation. La méconnaissance des troubles est certifiée par le fait que la malade s'adresse « à des professeurs d'astrologie, à des devins et des cartomanciennes. Cyniquement exploitée par eux, elle a logiquement reporté sur l'un d'eux la cause de son mal » : Il y a donc là une explication délirante.

Les phénomènes d'activité non rapportés au moi engendrent, par explication immédiate, des idées d'influence. Ceillier (1) décrit longuement les « actes automatiques » d'une malade : « ...Continuellement, je fais des choses, et *ce n'est pas moi* qui les fais... *on m'a fait* allonger par terre... *On me fait* rester en place, *on me fait* remuer... à la Préfecture, *on m'a fait* chanter malgré moi. J'ai d'abord pensé qu'on voulait faire de moi une artiste... »

Ces troubles sont fréquemment liés à un état d'excitation psychique, ainsi que le soulignait de Clérambault dans la discussion de la présentation Ceillier, et que l'avait déjà analysé Logre, dans son rapport au Congrès de Luxembourg (1921), en signalant un délire d'influence « par interprétation » des troubles maniaques.

Dans les délires à mécanisme *imaginatif*, l'existence d'explications délirantes paraît avoir été entrevue par Dupré et Logre, dans leur mémoire initial :

« L'imaginatif, également insoucieux des constatations sensorielles et des démonstrations logiques, exprime des idées, expose des histoires, émet des affirmations à la réalité desquelles, en dehors de toute expérience et de tout raisonnement, il attache immédiatement sa croyance... Il procède par intuition, par auto-suggestion, par invention... » Et pourtant : « ...lorsque le malade raisonne et qu'il argumente, ce n'est pas par un besoin spontané de son esprit, c'est pour répondre aux objections qu'on lui fait et pour justifier sa croyance. Comme l'interprétant, l'imaginatif est certain de *la réalité de son idée délirante* (erreur primitive, dirons-nous) et il est assuré qu'elle

(1) Société médico-psychologique, 28 janvier 1924.

peut se démontrer puisqu'il la croit vraie, *mais ici l'argumentation n'intervient que secondairement* et à titre justificatif. C'est une *explication* (souligné par les auteurs), pas une interprétation vraie...

« ...Envisagé dans sa tenue générale, dans sa *systématisation* (*id.*), le délire apparaît remarquablement complexe et polymorphe. Il est composé par la *juxtaposition* (*id.*) d'un grand nombre de thèmes... Chaque histoire, considérée en elle-même, présente, le plus souvent, une tenue logique suffisante, mais *l'abondance même du délire nuit à la systématisation* (*id.*). Fréquemment, un certain degré de cohérence et de systématisation logique est introduit, *après coup*, dans le thème délirant, par des interprétations et surtout des *explications secondaires*. »

Dans un processus pathologique de mécanisme voisin, mis en valeur récemment par Targowla et Dublineau (1), et nommé par eux *l'intuition délirante* (jugement immédiat qui s'impose avec une certitude absolue avant toute preuve, rapportée par le sujet à aucune action étrangère), on peut se demander si des explications ne peuvent pas s'adjoindre aux phénomènes intuitifs.

Les auteurs considèrent l'intuition délirante comme un mode d'expression d'une conviction délirante préalable, et par conséquent « comme un élément psychologiquement secondaire, un symptôme, émanation directe du sentiment délirant qu'elle formule » et dont la « valeur est identique à celle de l'hallucination, de la pseudo-hallucination, de l'interprétation ».

Et ils ont assez explicitement reconnu l'existence d'*appréciations surajoutées* par le sujet, que nous pouvons légitimement considérer comme « explications délirantes » : l'intuition « peut seulement donner lieu à une idée d'influence *secondaire*, ou plus exactement à une idée d'inspiration ». Tel malade en effet se reconnaît un « don d'inspiration » d'origine étrangère. Alors que certains parlent de « pensées » d'« intuition », d'« inspiration », d'autres précisent qu'ils ont une faculté, un pouvoir, un don, une impulsion secrète... Les « inspirations » sont attribuées à un personnage céleste et on a parfois affaire à un véritable syndrome d'influence.

Les auteurs indiquent par ailleurs « les raisonnements délirants *basés sur des intuitions* », et précisent : les intuitions « *s'associent à des interprétations* tendant à systématiser un délire de persécution, les deux ordres de *symptômes s'étayant* et se renforçant mutuellement ».

(1) *L'intuition délirante*, 1931.

Nous ne saurions écrire utilement un chapitre du *diagnostic* de l'explication délirante, car la discrimination n'a guère à intervenir qu'avec l'interprétation délirante légitime : C'est là, on le sait, l'idée première et le but essentiel de notre exposé. Répétons-le donc : C'est le point de départ du travail psychologique qui guide essentiellement le diagnostic : fait exact (et non pas fait psychologique perçu par le sujet), reconnaissable comme tel par les tiers de bon sens, jugeant objectivement. Le mécanisme intime du raisonnement apparent, du jugement forcément entaché de subjectivité, de l'affirmation immédiate, nous paraissent avoir beaucoup moins d'importance.

Sérieux et Capgras avaient insisté (1) sur la rectification ou l'incorporation au délire des épisodes hallucinatoires du délire d'interprétation vrai : on conçoit qu'un phénomène hallucinatoire rectifié par le sujet qui l'éprouve et reconnu comme tel (Hallucinose pour H. Claude et H. Ey), soit assimilé à un « fait exact », puisque le sujet se rencontre avec le témoin de bon sens qui apprécie le même phénomène. Ici, l'interprétation est légitime.

Sinon, la méconnaissance du trouble en fait un élément nettement pathologique et ce n'est plus à une interprétation qu'il donne lieu : c'est à une explication délirante.

Dans certains cas pourtant, il faut serrer les faits de près pour conclure. A notre sens, la confusion entre les deux modalités est faite dans cet exemple, emprunté à Quercy (2), à propos d'hallucinations psycho-motrices : « L'hallucination psycho-motrice n'est une hallucination que dans le cas suivant : Quand le malade accuse une voix de sortir de son appareil phonatoire, et que l'observateur ne constate que silence et immobilité.

L'hallucination psycho-motrice se réduit au contraire à une *interprétation* dans le cas suivant : « Quand le malade meut effectivement son appareil phonatoire et prononce des paroles qui sont celles de la voix cachée dans sa bouche, sa gorge ou son épigastre ; il ne peut alors être question de perception sans objet ; il n'y a plus là qu'une idée délirante à propos d'un *fait réel plus ou moins correctement perçu*. »

Il faut, à notre sens, pousser l'analyse pour arriver à une terminologie correcte. Il y a bien un *fait réel* : les paroles émises. Mais il s'y ajoute un phénomène élémentaire morbide (percep-

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1911, p. 257.

(2) Délire d'hallucinations. *Encéphale*, juin 1920.

tion « plus ou moins » correcte) : la non-appropriation au moi — ou, si l'on veut, l'expropriation — fait pathologique qui sert de matière à l'affirmation (secondaire) « il y a une voix cachée... ». Et cette affirmation, qui n'est pas une interprétation légitime, est une explication délirante.

Dans certains cas, les deux phénomènes paraissent s'intriquer au point de rendre la discrimination difficile : une malade (paranoïa périodique) nous dit : « Ma fille a été endormie, on lui a fait respirer quelque chose dans le bois. » Essayons de préciser : En rentrant, la fille paraissait dormir debout (fait au moins plausible, fatigue...) ; conclusion formelle : « elle a été endormie ». Cela nous paraît une interprétation légitime.

Mais comment interpréter la seconde affirmation : on lui a fait respirer quelque chose dans le bois ? On apprend que, pour rentrer à la maison, la fille devait traverser un bois ; quelque temps avant la malade avait cru, dans ce bois, percevoir une odeur de soufre... et c'est, durant la guerre, l'époque des « gaz asphyxiants ».

Est-ce que l'affirmation précise « on lui a fait respirer quelque chose dans le bois » ne peut pas apparaître comme déclenchée par l'affirmation antérieure « elle a été endormie » ? Est-ce que l'interprétation ne se double pas ici, secondairement, d'une explication délirante ? Nous le croyons volontiers.

Lorsque le fait initial est un *symptôme morbide d'ordre organique*, la discrimination peut être encore malaisée, et il faut surtout juger par la rectification, ou la méconnaissance de la part du sujet en cause. A côté d'interprétations légitimes de symptômes pathologiques (1), on peut soupçonner parfois des « explications délirantes » :

Une paralytique générale (2) manifeste un sentiment d'influence assez curieux, qui paraît être l'explication de sa dysarthrie (forme fixée avec hallucinations). Les achoppements syllabiques qu'elle présente çà et là sont — l'explication même en fait foi — méconnus comme morbides par le sujet qui dit : « Ah ! je ne peux pas parler avec ce bonhomme qui m'arrête... » Ou : « il me tient ma parole et mes idées... je ne peux pas causer comme je veux..., il m'empêche de parler... Il me retient les mots, il me fait oublier ».

(1) TARGOWLA. — *Encéphale*, 1923, p. 319.

(2) H. BEAUDOUIN et MOIGNEAU. — *Soc. clinique de Médecine mentale*, 16 janvier 1928.

Ainsi comprise, l'explication délirante se retrouve d'une façon extrêmement banale et fréquente, en pathologie mentale. C'est sans doute en raison même de ce caractère que l'attention ne s'est pas spécialement portée sur son mécanisme, ce qui a permis, faute de terme approprié, l'emploi du terme interprétation dans un sens illégitime. Sans doute aussi doit-on tenir compte de ce que l'explication ne peut être considérée véritablement comme un « symptôme » isolé, car elle se rattache toujours d'une part, à un trouble plus élémentaire et plus simple, d'autre part — par agrégation d'explications — au thème délirant terminal.

Aussi bien ne nous attarderons-nous point à la considérer au cours des diverses formules cliniques dans lesquelles elle se rencontre, troubles aigus ou troubles chroniques. Les différences seront surtout déterminées par la richesse, la précision, la certitude des phénomènes explicatifs.

L'observation VI de la thèse de Farnarier (1) montre un sujet en proie à des *hallucinations* menaçantes. Tout d'abord, insinuations et menaces le surprennent. « Il se demande ce qu'on lui veut, il cherche qui est ainsi acharné après lui. » Quelques semaines plus tard, « il est persuadé qu'on se sert d'une machine pour cela, d'une sorte de phonographe, car, dit-il, jamais un homme ne pourrait parler aussi vite que ça... ».

Dans les *psychoses hallucinatoires chroniques*, la constatation en est banale. Certaines observations font ressortir la progressivité du phénomène : R. Mallet (2) présente une malade qui, en 1924, se trouve étonnée « quand un jour, dans la rue, on la traitait de boche, espionne, grue... ». Ce n'est qu'après réflexion prolongée qu'elle pense « qu'on veut la chasser de son appartement » ; plus tard encore, « elle se demande si elle n'est pas la victime d'une femme, qu'elle ne connaît pas d'ailleurs, et qui pourrait bien avoir une bande à sa solde ».

Parfois, les sujets serrent de plus près le trouble initial; une autre hallucinée de R. Mallet précise : « C'est comme si quelqu'un était derrière ma pensée, comme derrière un mur, la devinait et la répétait... C'est une voix que je ne connais pas. Des fois, dans la rue, je me demande si ce sont des passants, mais je ne le crois pas, puisque j'entends la même voix chez moi. » Enfin, elle en arrive à supposer que sa pensée est enregistrée et répétée par T.S.F.

(1) *La Psychose hallucinatoire aiguë*, 1899.

(2) *Les Délirants*, 1930, p. 57, 58.

Prédominant, ou à titre d'appoint, l'*Alcoolisme*, avec ses troubles psycho-sensoriels multiples, donne lieu à des explications, de même ordre ; un malade de Benon (1) explique que ses persécuteurs « cherchent à lui tirer les yeux avec « le catalogue ». C'est un appareil « avec un burin rouge ».

Un autre, au cours d'un accès subaigu où il est injurié, menacé, déclare : « Tous ces gens-là ce sont des francs-maçons ; ils me poursuivent parce que j'appartiens à la calotte. »

Dans un cas de psychose de Korsakoff, un autre éprouve des troubles de la sensibilité générale qui provoquent cette explication : « Je vous assure qu'on me tient les pieds. La personne qui me tient les pieds me dit quelquefois : J'y suis. Ça m'étonne qu'on puisse me toucher les jambes sans que je voie rien, mais il peut y avoir des lits à double fond... »

Les *délires d'influence*, la *démence précoce* offrent abondamment des exemples analogues. Il faut une analyse plus serrée pour reconnaître le caractère « explicatif » à des idées délirantes émises au cours d'états d'*excitation*, de *dépression*, de troubles *psychasthéniques* (2).

Ce caractère se montre aussi assez net dans des cas où des idées délirantes apparaissent comme secondaires à des idées antérieurement émises par le sujet : une malade de Vurpas (3) se croit transformée « en fer ». S'analysant constamment (introspection mentale), elle arrive à concevoir, de ce fait, la transformation du monde entier.

De même peut-on concevoir, dans certains cas, le rapport des idées de persécution et d'auto-accusation (V. Séglas).

On aura, bien entendu, davantage à étudier et à préciser ce mécanisme au cours d'états délirants encore peu évolués, non déformés par l'habitude délirante des sujets, les interrogatoires et les inter-réactions, la « dislocation » psychique...

Au point de vue du *diagnostic du syndrome mental sous-jacent*, l'explication délirante apporte une aide souvent précieuse.

Il faut pourtant mettre à part certains cas où l'explication submerge totalement les éléments qui lui donnent naissance et qu'on ne peut que soupçonner derrière elle, sans bien souvent le faire préciser. On pourrait, semble-t-il, parler ici — du point de vue pittoresque s'entend — de *délire d'explication*.

(1) *L'alcoolisme cérébral*, 1924, obs. 72-15-35.

(2) COURBON. — *Société clinique de Médecine mentale*, 21 mai 1928. Logre, Congrès de Luxembourg.

(3) *Thèse de Paris*, 1902.

Ces cas, assez rares, ne laissent pas d'être parfois embarrassants. L'un de nous conserve le souvenir d'un malade de concours qui extériorisait de cette façon un délire d'influence peu cohérent, mais derrière les explications duquel une demi-heure de questions pressantes ne purent mettre à jour le moindre des troubles pseudo-hallucinatoires qu'on était obligé de soupçonner, ou d'admettre.

Car ce peut être, plus fréquemment, l'explication qui, par sa formule même, met sur la voie du phénomène élémentaire sous-jacent, et avec lequel elle fait parfois corps. Il est évident que ce qu'on « entend », ce sont des hallucinations « auditives », si hallucination il y a, bien entendu, ce qui reste à déterminer.

C'est ainsi que, chez une persécutée hallucinée, extrêmement réticente, nous pûmes pénétrer progressivement dans le délire, mis en éveil par la seule explication qu'elle donnait primitivement : cela vient de l'« *entente cordiale* ».

Ce qui est parfois difficile, c'est de préciser le moment où commence l'explication : le propos de l'halluciné, le mot entendu, l'injure ou le reproche n'apparaît-il pas déjà comme « explicatif » d'un processus organo-affectif plus impersonnel ?

Elle ne paraît pas être un élément aussi précis du *pronostic*. Toutefois, la recherche plus poussée de son mécanisme ne risque-t-elle pas de mieux faire mettre à jour les symptômes sous-jacents (hallucinations...), dont la constatation est elle-même un élément de pronostic ? La précision, la multiplicité, l'enchevêtrement des explications, sont davantage le fait de malades lucides, d'une évolution prolongée, d'une « adaptation » du sujet aux troubles pathologiques, par conséquent signes d'un pronostic de chronicité plus évident.

Le rôle de l'explication délirante dans les phénomènes de « contagion mentale » mériterait peut-être mieux que les quelques considérations auxquelles nous voulons nous limiter dans cette étude d'ordre général.

A priori, en effet, les explications apparaissent comme les thèmes pittoresques, « communicables », qui permettent, d'un sujet à l'autre, cette « contagion ».

Il y a toutefois à tenir compte ici de l'affectivité troublée, de la prédisposition sous-jacente qui, principalement dans les délires familiaux, permet l'éclosion, puis l'efflorescence du délire chez le ou les sujets « induits ».

C'est cette prédisposition sans doute qui permettra l'évolution ultérieure autonome des troubles après séparation des malades et fixera le pronostic. C'est alors qu'on peut, peut-être, vraiment parler de contagion, ainsi que le faisait observer Dupré à propos d'une communication de Briand et Vinchon (1) ; alors que le terme de suggestibilité, de crédulité, s'appliquerait plus légitimement dans le cas où intervient, dans l'inter-psychologie morbide, la superstructure délirante, imposée au co-délirant, grâce souvent à l'infériorité du jugement, à la débilité mentale.

G. de Clérambault (2) souligne cette distinction en séparant « psychoses simultanées » (familiales, synchrones, identiques), pouvant survenir chez des sujets séparés ; et le « délire communiqué » en précisant : « La distinction sus-mentionnée, a un intérêt pronostic ; dans le cas de psychoses simultanées, le sujet qui paraît passif (et qui n'est que le moins actif) ne guérit pas du fait de la séparation... Cette distinction a une très grande portée doctrinale. Nous admettons, en effet, que les *délires* (autrement dit les convictions et sentiments) se transmettent, *mais non les psychoses* (autrement dit les mécanismes génétiques de ces délires)... »

A propos d'une communication sur le même sujet (3), Toulouse distinguait de même « la conviction délirante du simple acquiescement ».

Il peut être cependant difficile de distinguer, au bout d'un certain temps, l'élément actif du délire de l'élément passif. Il semble en tout cas que s'impose la séparation des co-délirants : elle n'avait pas été réalisée dans les cas de l'observation III de la dite communication (mère et deux filles), et l'un de nous a pu observer plus tard les deux sœurs à l'asile de Moisselles.

A propos de la même présentation, Capgras signalait une intéressante particularité : « J'ai observé... un cas de délire à deux chez des vieillards, particulièrement intéressant. Une femme présentait depuis deux ans un délire de persécution sénile mal systématisé où prédominaient des hallucinations de la vue et de l'ouïe très actives : elle ne cessait d'exposer à son mari ses visions nombreuses, les injures et les souffrances qu'elle subissait. Le mari, impressionné à la longue, finit par élaborer à son

(1) Influence de l'entourage sur la formule de certains délires mélancoliques. *Société médico-psychologique*, 27 janvier 1913.

(2) *Société clinique de Médecine mentale*, 17 novembre 1924.

(3) *Société clinique de Médecine mentale*, 17 novembre 1924, Colin et Cénac.

tour un délire de persécutions *explicatif* des troubles sensoriels de sa femme et le systématisa, découvrant la nature des persécutions (magnétisme), le nom des persécuteurs et prenant la malade pour un médium. Ainsi se synthétise une sorte de psychose hallucinatoire chronique dans laquelle l'automatisme mental fut fourni par la femme, le thème interprétatif par le mari. »

Nous remplaçons aujourd'hui ce terme par : thème explicatif, car la croyance du sujet « induit » dans la réalité des « perceptions fausses » de l'autre, constitue bien une première erreur — à distinguer du fait réel, base de l'interprétation légitime — qui sert d'aliment à l'explication délirante.



L'explication délirante est, en résumé, un raisonnement d'origine idéo-affective qui joue son rôle dans la plupart des psychoses, tant que la démence n'a pas détruit, chez l'individu, la tendance à rechercher les causes, les liens ou les conséquences des phénomènes morbides éprouvés.

Elle diffère de l'interprétation, jugement précis de signification personnelle porté sur un fait réel, par sa plus grande complexité ; elle diffère aussi de l'idée délirante intuitive qui naît spontanément des conditions affectives de la personnalité. Toujours secondaire à un trouble psycho-pathologique, elle s'exerce sur les hallucinations, comme sur les interprétations et les intuitions, qu'elle développe, qu'elle justifie, qu'elle coordonne.

Sans elle, une psychose interprétative se réduirait à une juxtaposition de jugements erronés sommaires, tout comme un délire imaginatif demeurerait l'énoncé d'inventions fantaisistes successives, ou un délire hallucinatoire, l'exposé de troubles pseudo-sensoriels. C'est l'explication délirante qui crée entre eux le lien nécessaire à une systématisation. Elle s'associe à l'attention expectante du paranoïaque, fixée sur la réalité, aussi bien qu'à l'autisme du schizophrène qui vit dans l'irréel. Elle représente donc le reliquat, quasi-normal, de fonctions psychiques par ailleurs plus ou moins déviées ou perverses. Dans une certaine mesure, elle contribue à nous faire connaître le degré de déficience mentale ou de désagrégation psychique.

UN CAS TYPIQUE DE SCHIZOPHRÉNIE

PAR

M. ENGELSON (1)

Il y a une dizaine d'années seulement, nous n'aurions peut-être pas pu qualifier de *typique* pour la schizophrénie l'observation clinique que nous allons aujourd'hui citer comme telle. En effet, les critères employés il y a peu de temps encore étaient assez différents de ceux apportés par les tendances nouvelles : le terme de *démence précoce* ou de *schizophrénie*, selon Bleuler, évoquait par une sorte de réflexe les notions d'*Autisme*, d'*Indifférence* ou de *Stupeur affective*, et de *Troubles des associations*.

Actuellement, les choses ont passablement changé, et grâce à une meilleure compréhension de cette psychose, grâce à l'étude plus approfondie des différentes *phases de son évolution*, la notion actuelle de Schizophrénie est devenue moins rigide, moins théorique, plus vaste, s'adaptant mieux que dans sa forme primitive à la réalité clinique (2).

Cette *notion nouvelle de la schizophrénie* ne peut être mieux illustrée, nous semble-t-il, que par l'observation exceptionnellement riche en *symptômes pathognomoniques* de cette psychose, dont l'*analyse psychologique* fera l'objet de ce travail.

Le sujet est une femme de 38 ans, ancienne commerçante, au visage intelligent : nez fin, arcades orbitaires marquées, grand front bombé. La structure du corps se rapproche du type leptosome. Le premier accès de la maladie remonte à une quinzaine d'années. Depuis lors, la patiente ne s'est jamais entièrement rétablie ; elle est restée nerveuse, manifestant parfois de légères idées de persécution. Mais c'est au cours des quatre dernières années que la maladie a fait de sérieux progrès, évoluant par une

(1) Travail de la Clinique Psychiatrique Universitaire de Lausanne. Directeur : Prof. Dr H. Preisig.

(2) ENGELSON. — *Evolution et Structure de la Schizophrénie* (Baillière, édit., 1934).

marche lente et insidieuse, devant laquelle la personnalité normale a reculé et recule toujours sans précipitation, pas à pas.

De ce fait, le *stade* de la schizophrénie où notre malade se trouve comporte une particularité intéressante, lui donnant toute sa valeur : en effet, grâce à la lenteur du processus morbide qui l'anime, notre sujet, tout en présentant encore la plupart des *Symptômes primaires*, empiète déjà largement sur le domaine des *Symptômes secondaires*. En un mot, ce qui fait sa richesse au point de vue pathologique, c'est qu'il englobe, — grâce à son évolution très lente et progressive, — une échelle beaucoup plus étendue que ce n'est le cas généralement. En outre, la maladie étant survenue chez une personne intelligente, portée à s'analyser, augmente par cette particularité le « rendement », si l'on peut dire, de notre observation. Ajoutons, pour terminer les préliminaires, que notre sujet est orienté dans le temps et dans l'espace (en tout ce qui ne touche pas à ses idées délirantes du moins), qu'il agit, dans les actions courantes de la vie, de façon sensée et que, malgré l'angoisse qui l'étreint, il ne présente pas d'accès de grande agitation.

Ce qui va suivre, en dehors de nos commentaires, n'est que la transcription d'un long *sténogramme* (ayant duré près de trois heures), que nous citons presque textuellement, et dont nous n'avons fait que grouper les fragments se rapportant aux mêmes sujets. Mais, pour donner une vue d'ensemble, disons d'emblée que le symptôme prépondérant est visiblement le *Sentiment d'étrangeté foncière*, atteignant aussi bien le monde intérieur que l'extérieur : affects, idées, objets, notions, — tout est pris dans un réseau déformant et fantastique. La certitude donnée par la réalité se mue en *Vague* et en *Incertitude* caractéristiques du rêve (rapprochement du rêve de la schizophrénie, de C. Schneider). Ce résultat est encore amplifié par nombre d'*hallucinations cénesthésiques*, corroborant le *sentiment d'influence*. Bref, notre malade paraît être la proie d'un intense sentiment de malaise et de gêne, tels qu'on les éprouve, par exemple, dans les cauchemars. A côté de cela, elle s'exprime parfois avec une certaine *confusion*, manifestant par là le *flou* de ses concepts intellectuels. Mais le contact affectif est généralement excellent, on ne voit pas trace de la « stupeur affective » décrite classiquement. Au contraire, à chaque instant elle témoigne de l'intérêt, pose des questions, etc.

Enfin, son ton de voix anxieux et inquiet, ainsi que la dissociation de ses idées, complètent le tableau. Nous lui donnons la parole, en partant de quelques symptômes détachés, pris au

hasard, parmi lesquels prédominent les sentiments d'étrangeté, les hallucinations de toutes sortes (en particulier cénesthésiques), l'incertitude, le désarroi.

« ...Je ne puis rien vous raconter... des parties de mon cerveau s'obscurcissent et changent par l'électrocution qu'on me fait... Je me sens très malade... je ne comprends pas... j'aimerais avoir une explication... J'ai une fissure dans le cerveau, on me la remplit de seaux à balayures, de dictionnaires... (sentiment d'étrangeté cérébrale, hallucinations cénesthésiques et idées délirantes)... On me tord les bras, on m'a marquée au fer rouge, on m'a empoisonnée... Je vous ai déjà parlé hier... Hier... il y a si longtemps déjà... et dire que, pour les personnes normales, c'était hier... (trouble de la notion de durée : un instant devient un siècle)... Il y a des choses que l'on peut dire, d'autres pas, mais je ne sais plus lesquelles... (incertitude, désarroi)... On m'a annoncé que chez nous cela brûlait, j'ai senti qu'on m'empoisonnait avec de la belladone (hallucinations auditives sur délire de malheur)... C'était le docteur pour sauver son honneur professionnel (nous n'arrivons à obtenir aucune précision là-dessus, ce qui nous autorise à attribuer ces paroles à la dissociation, au flou des concepts)... On oublie que j'en avais une, d'âme, je ne sais pas si c'est elle qu'on a empoisonnée, ou bien moi-même... (sentiment de scission de la Personnalité, perte de l'unité du Moi)... Quelque chose est parti de moi, mais on l'a tuée devant mon mari (dédoubllement de la personnalité)... On m'a envoyé une substance dans le cerveau et ça l'a intoxiqué... Je sens ma chair griller, rôtir... (hallucinations cénesthésiques et délire)... Mais qu'est-ce qu'on entend donc toujours brûler, et puis des boules comme des mondes ?... Cette nuit, on a donné des coups de crosse à ma mère... On me fait des ennuis terribles avec des choses glacées... On entre dans mon appartement, on a cassé une armoire à glace, on a déchiré un bail... (hallucinations auditives, cénesthésiques, idées imposées)... »

La malade présente des troubles très intéressants des notions du temps et de l'espace. Dans le domaine de ce dernier, elle projette très vivement à l'extérieur, les concrétisant, ses sensations intérieures ; elle ne connaît plus de limites entre sa personnalité et le monde environnant ; enfin, elle ne fait plus la distinction entre les mondes matériel et spirituel, appliquant par exemple à celui-ci les lois d'équilibre de celui-là, et extériorisant ses sensations pathologiques sous forme de représentations visuelles précises (symbolisme) :

« ...On braque des revolvers sur mes idées, on me fait penser à volonté... (imposition des idées)... Je ne peux plus diriger mon cer-

veau dans ces conditions, ça me donne le mouvement perpétuel... Je crois que j'ai un film dans le cerveau, c'est comme du feu... il y a là des personnes et des âmes qui se prennent... je ne comprends pas... ça doit s'aimer... Quand on vient me parler brusquement, je vois de l'électricité... elle a passé sur vous... Voilà, il y a un court-circuit à un endroit, ça se rallume à l'autre... »

« ...On m'a intoxiquée, et maintenant tout ce qui sort de moi est intoxiqué (perte des limites entre les mondes extérieur et intérieur)... Il y a des personnes qui entrent en moi... (nous pensons devoir interpréter ces termes comme étant la représentation symbolique de la Dépersonnalisation, se traduisant en sensation de multiplicité à la place de l'unité individuelle)... Quand je me lève, je les renverse toutes, elles tombent et disparaissent (identification des lois du monde matériel au spirituel)... Voilà, j'ai fait un mouvement mentalement et une cellule du cerveau, une personne rouge, est tombée très vite... ça va tout brûler... Suivant les mouvements que je fais, j'envoie les âmes qui sont autour de moi à l'enfer... Je n'ose plus bouger... je ne dois pas me déplacer... Plus je me déplace, plus je me multiplie... (illusion sensorielle cénesthésique)... plus j'ébranle l'humanité... Quand je devrais être couchée je suis debout, et je suis couchée quand je devrais être debout... (sentiment d'imperfection de tous les actes). ...Je suis une personne immense, un monde... (perte des limites avec l'extérieur) ...j'ai tout un monde dans le corps et un autre dans la tête... Oh ! c'est affreux, on entend ma voix partout, et partout où je vais j'entends de nouveau les choses que j'ai dites il y a longtemps... (multiplication de la personnalité, qui vit à plusieurs époques et en plusieurs endroits simultanément). ...Alors que j'étais couchée cette nuit, on m'a coupée là (elle indique sa hanche droite)... on m'a arraché le cœur... c'était le charnel qui ne pouvait plus se séparer de l'âme... C'est tellement terrible ! (traduction symbolique de la scission entre le Moi et le corps). ...J'en suis à mon quarante-cinquième empoisonnement à double et triple dose... je suis à bout de forces... »

La malade ressent une profonde angoisse devant cet état de choses, et identifie le processus pathologique, dont elle se rend parfaitement compte, avec l'esprit du Mal qui, croit-elle, la pousse inéluctablement :

« ...Je ne suis pas responsable... c'est de la démence... il ne faut pas me punir... On m'a accusée de toutes sortes de choses que je n'ai pas faites... ce n'est pas mon rôle de faire le mal... j'en ressens une souffrance atroce... Je ne peux pas diriger ma conscience... Parfois on m'arrête pour tout le mal que je fais, mais ça me donne un coup mortel parce qu'en réalité je n'ai rien sur la conscience... A l'âge de quatre ans, on m'a prise par les épaules et on m'a jetée à terre... L'âme de mon mari, c'est l'esprit du bien... voilà que je l'entends... »

Oh ! il paraît que je l'ai vendu !... On me reproche des péchés charnels que je n'ai pas commis... je vends les personnes involontairement, vous entendez ?... Involontairement... Je sais que je ne dois pas dire cela... »

Son délire de persécution se précise en ces termes :

« ...On me dit qu'on va me tuer, mais je n'ai rien fait... Je viens de recevoir un coup de revolver, au moment où je n'avais rien sur la conscience... On me démoralise dans la Survie... Dans le Bien, j'ai une volonté négative, je ne puis plus décider... Je sais bien qu'on va me torturer, soi-disant parce que je n'ai pas foi en la médecine !... Plus je deviens malade, plus on me punit, plus on me travaille le cerveau... »

« ...Mon cerveau enregistre tout ce que les autres malades disent, mais en déformant le sens de leurs paroles, car il est fluide... Puis ce que j'ai enregistré ainsi, malgré que tout soit faux, je l'envoie au loin, et le mal se répand sur ces personnes, sans que je le veuille le moins du monde... Oh ! je ne devrais pas parler de toutes ces choses, car ensuite, je me sens brûlée plus loin pour cela... »

La malade est particulièrement riche en phénomènes d'influence, sentant son Conscient absolument impuissant dans le chaos apporté par le processus morbide :

« ...Des Messieurs qui m'invoquent (c'est-à-dire, vraisemblablement, qui se la soumettent par une espèce d'incantation), me donnent chaque fois un *coup mortel* (la malade attribue à ce terme, fréquemment employé par elle, le sens générique d'une lésion morale qu'elle ressent ; ici, comme nous avons pu le vérifier par la suite, il est employé pour désigner un *viol* qu'elle croit être accompli sur sa personne)... Je ne peux pas être rendue responsable de cette immoralité... je ne fais pas le mal consciemment, ce n'est pas ma mentalité (elle veut dire sa « nature »)... mais je ne suis pas en état de résister... je ne puis plus me défendre moralement... On vient faire devant moi des traités : politique, pays, honneur, je ne sais pas (dissociation, flou des concepts)... On peut me faire dire n'importe quoi en pressurant le cerveau... On me regarde avec des *horoscopes* (c'est-à-dire des longues-vues, sans doute)... depuis le ciel on me voit et on me fait de mauvaises suggestions... Quand je suis triste, je ris malgré moi, je sens un courant électrique qui m'anime la face... On me suicide à chaque instant... »

Non seulement elle se croit influencée, mais encore être poussée à influencer les autres en mal. Aussi nous dit-elle :

« ...Quand je bouge, je sens que j'ébranle toute l'humanité (illusion sensorielle cénesthésique)... Cette boule que j'ai faite tourner mentalement, elle s'est surchauffée ; cette boule, c'est tout ce que je pense ; mes pensées se surchauffent, ça fait des âmes ou des personnes, je ne sais pas... Chaque fois que je parle, ça blesse l'humanité... Je sais bien que je devrais me taire et ne rien dire, mais je ne sais plus classer les choses, je déforme tout... J'ai, paraît-il, beaucoup de forces, mais je ne sais pas... parfois je ne suis pas en communication... des *astralisations* en fer forgé... Je ne dois pas vous parler, car après je vous *invoque* sans le vouloir... Mais ne vous donnez pas la peine de venir, si cela m'arrive... c'est bien malgré moi que je vous appelle... Je ne dois pas non plus faire ce mouvement des mains, ça vous repousse, vous ne sentez pas ?... J'ai invoqué une fois pour me tuer, mais c'est ma personne normale qui a rejoint le Seigneur, pas moi... Si on m'avait coupé la tête, il y aurait des malheureux de moins... Mais toutes les personnes lucides, excepté ma famille, seront sauvées... »

On trouve également chez notre malade certains phénomènes obsessionnels, accompagnés d'imposition de pensées et d'ambivalence :

« ...Quand je suis sortie de la Clinique, il ne m'est resté qu'une phrase : Avortement... C'est un mot fixe que j'ai, mais je ne sais pourquoi... Voilà, je viens de sentir un autre mot qu'on m'a lancé... j'en ai honte... Je pensais à *énervement* et il m'est venu *emmerdement* (phénomène d'association par assonance, mais accompagné d'ambivalence : la malade perçoit constamment les pires grossièretés, alors qu'elle en éprouve le plus profond dégoût)... Je devrais avoir quelqu'un pour me défendre... je ne puis parler comme si j'étais lucide (sentiment de perte et d'oppression du Moi)... Je sens qu'il y a quelqu'un là derrière, toute l'*humanité*... Voilà qu'elle passe en moi pour s'en aller ailleurs... parfois elle me donne un coup de poignard, parfois elle m'empoisonne (cette « humanité » qui passe en elle est la somme — la résultante — sans doute, de toutes ses sensations morbides, qu'elle attribue au monde extérieur dans son ensemble)... »

Un très bel exemple d'ambivalence transparait dans les paroles suivantes, où la malade donne, une fois de plus, une traduction visuelle très nette aux sentiments morbides qui l'assaillent :

« ...Je suis double face, parfois je parle de ce côté là, parfois de l'autre. Par exemple, je dis : « J'aime ceci », et l'autre face répond : « Je ne l'aime pas ». C'est horrible, ça change toute la réalité. Ceux

qui sont contre moi disent : « Elle dit ça, mais ce n'est pas vrai !... Si vous dites une chose sérieuse, ma face la prend en riant, mais pas le cerveau... Parfois, c'est aussi comme ça quand c'est ma conscience qui parle, et même le Seigneur... C'est bête, cette face qui est changée... »

« ...J'invoque la contrepartie contre moi (c'est-à-dire que la malade se rend compte de l'opposition que subit chacun de ses actes), c'est pourquoi j'ai des procès (comprendons : persécutions) à n'en plus finir !... Je parle la bouche ouverte, pour retenir les pensées qui ne sont pas *mes* pensées, mais des choses astralisées ; je ferme ma bouche avec mes mains, mais elles sortent alors de partout... »

« ...On me dit : « Vous êtes désirée... je vous ai aimée », mais aussitôt une voix rétorque : « C'est honteux, elle n'est pas une femme à ça ! »... Quand je pense juste, ça se passe dans l'autre personne, dans une moitié du cerveau, puis c'est lancé dans la partie adverse, et c'est les ennemis qui le recueillent... Plus je veux lutter, et plus on me fait des choses contre ma volonté, immorales... »

Il n'est pas difficile, non plus, de relever les signes d'une profonde *perte de contact avec la réalité*, d'une immense *incomplétude et insuffisance de l'activité propre du Moi*. La malade ressent tout ce qu'elle fait comme mauvais, non viable, difforme :

« ...Je fais du mal en parlant même, cela fait souffrir les gens, cela les déforme... Mais que voulez-vous, je n'ai plus le sens de la direction... je suis trop éloignée de la réalité, de ce qui est bien, il ne me reste pour le moment plus que de la folie... Je ne peux pas savoir où je suis ni ce qui arrive... Je préfère être électrocutée plutôt que morphinée, car la morphine donne des maladies, on ne sait plus si on est dans le réel ou dans l'au-delà... Je mélange le matériel et le spirituel... J'ai une foule d'âmes autour de moi, mais je ne les vois plus, j'ai trop reçu de coups mortels... Mais l'âme, c'est fluide, impalpable... comment peut-on l'empoisonner ?... C'est donc une personne !... »

Ces symptômes, à leur point culminant, donnent lieu à un sentiment de *perte et d'oppression du Moi* :

« ...Je ne suis plus restée dans l'intelligence, on m'a abaissé l'âme... je ne peux plus faire de bien par moi-même... je ne suis plus moi... je vis parmi des démons... C'est l'âme de ma tante qui est entrée en moi, j'avais déjà la même stature et la voix (associations délirantes basées sur des caractères purement extérieurs)... J'ai adopté ses idées, ses manières... J'avais des conversations avec l'au-delà, avec le

Seigneur, avec la mentalité que j'avais quand j'étais dans le vrai, dans l'honnêteté... Je crois que je suis devenue affreusement laide... toute rouge... J'ai fait des grimaces, je suis devenue surexcitée comme le diable je pense... Je ne sais plus quand il faut secourir quelqu'un et quand il ne faut pas... Je ne sais plus le bien et le mal... Je ne sais pas qui fait du bien, qui du mal... »

Les choses ne sont plus stables, mais se modifient constamment, en fonction du temps et de l'espace, donnant un monde empreint d'une douloureuse angoisse :

« ...Je ne veux pas dire ça ici, ça n'a plus le même sens que là-bas... Tout m'épouvante, tout me donne des coups mortels, c'est affreux... on rétrécit tout !... »

Comme nous l'avons vu en passant, la malade présente des troubles de la pensée et du langage, combinés avec des hallucinations auditives et l'imposition des pensées, — on lui « souffle » des mots pour des autres : ainsi, « emmerdement » pour « énervement ». Ou bien, on les lui fait employer dans des sens spéciaux : « mentalité » pour « nature », « coups mortels », pour indiquer l'atteinte à l'intégrité de sa personnalité, etc. Elle explique : « *expirée*, c'est après avoir été *décédée* », et dit : « J'ai entendu prononcer *déposition*, mais c'est faux : c'est *hallucination* qui est le vrai !... » On lui souffle encore :

« Tu t'enlèves tout. » « ...Cela signifie que je me rends à zéro, que je ne suis plus rien... L'humanité m'a crié : « Vous ne savez pas quel service vous me rendez !... » Pourquoi ?... Je ne le sais pas, c'est tellement confus dans ma tête !... »

« ...Elle se ferme le paradis en parlant ! » vient-on de me dire... Oh ! je reçois un coup mortel comme des ossements !... J'ai répété la moralité (c'est-à-dire « j'ai parlé ») de mon mari et de plusieurs personnes, ça leur portera malheur !... On m'a dit : « Vous êtes mariée avec un docteur, votre mari dort d'un sommeil *interne* » ; est-ce que ça existe, ce mot ? Il m'a dit : « Oh ! Alice »... Les autres personnes de l'humanité sont fâchées que je raconte ça... On est venu me dire cette nuit : « Je me vengerai »... Quand on est malade, on comprend plus de choses si on reste dans sa moralité-mentalité... Je sais maintenant qu'on m'a atteinte dans mon honneur... C'est affreux... Parfois c'est des conversations entières, — questions et réponses, — qui se succèdent en moi... »

La malade prétend voir « tout à travers tout » dans la chambre voisine, elle aperçoit entre deux lits son mari, on le torture,

on l'empoisonne. Au reste, elle voit encore ce qui se passe dans l'Univers entier, depuis les événements de son petit ménage jusqu'à ceux du ciel ou de l'enfer.

Notre sujet présente encore une fort curieuse multiplication de la personnalité : une infinité de *sosies* vivent en elle, comme *embottés* les uns dans les autres, et peuvent sortir pour aller vivre, indépendamment, en des lieux et des temps différents :

« ...Je suis expirée, je suis morte 9 ou 10 fois, plus que cela même... Des personnes m'ont dit d'un air de ravissement : « Vous êtes dans le Seigneur... » On m'a fait dans l'au-delà un moral qui n'est pas le mien... je ne sais pas depuis quand j'y suis... Je vis partout, avec toute l'humanité, dans le passé... Je mélange toutes les époques et on me mélange à toutes les époques... A différents endroits je suis mariée dans le Seigneur, mais on a été troubler toutes ces personnes (= ses sosies)... L'autre nuit, j'ai rendu l'âme... On était venu me dire : « Vous êtes décédée ». Alors c'est comme une bouffée qui est venue dans la bouche (l'expression « rendre l'âme » est ici prise dans son sens absolument littéral)... Je suis revenue sous plusieurs formes... Tiens, je me suis déchirée, je suis partie mentalement, n'avez-vous pas remarqué ?... Plus je me déplace, plus je me multiplie... Pas la peine d'être venue ici, c'est pire, je me suis multipliée au moins mille fois... Il y a trop de bruit, à la moindre secousse que je ressens, voilà une femme qui s'en va... L'autre nuit, une femme qui est sortie de moi a sauté nue, sans que j'aie pu l'arrêter, sur les genoux d'un homme qui était là. Mais je l'ai arrachée mentalement et l'ai jetée par la fenêtre... On m'a reproché d'avoir jeté un enfant, mais je n'ai pu tolérer cela : ce n'était pas un enfant mais une femme immorale... »

« ...Dernièrement, une grosse boule de feu, — le *fluide*, — s'est échappée de mon corps... c'était peut-être au ciel... Je ne savais pas que j'avais le pouvoir de me disloquer, de faire sortir tant de personnes de moi, des femmes inachevées, démentes... On me dit que ce sont des « fausses couches » (trouble du langage). ...Je n'ose plus bouger à cause de cela... Quelquefois c'est moi-même qui m'échappe de moi, d'autres fois ce sont des étrangers qui se transforment parfois en câbles, en électricité... Cette nuit, on faisait un triage, des personnes discutaient dans mon corps... Je ne comprends pas assez... Certaines de ces personnes sont allées en paradis, d'autres en enfer... Non, je ne peux pas voir ces personnes, mais je les sens... C'est pourquoi, après, je leur marche dessus... Tant de fois déjà, je suis sortie de moi... J'aurais besoin d'une direction... Hier, dans la baignoire, je me suis mise moralement à gauche ; une personne sortie de moi en occupait la partie droite... La nuit, il y avait toujours quelqu'un dans la baignoire et des messieurs disaient : « Je vous ai eue »... Ils m'ont peut-être eue pendant le petit instant où je me suis sentie

si mal ?... Je me demande si je fais toujours les mêmes ventes (dans le commerce qu'elle possédait), ou si ce sont des hallucinations ?... J'ai entendu craquer... c'est moi qui ai été là-bas... je ne sais pas si c'est moi qui ai électrisé, ou si j'ai été électrisée... Je ne sais pas si c'est moi qui brûle les moissons... »

La malade s' imagine que tous ses *sosies* endurent continuellement le supplice du viol :

« ...On m'a atteinte dans mon honneur de femme mariée... On peut vivre honorablement et se déshonorer après sa mort... On est venu tomber sur moi par le pouvoir du mal... on m'a fait aller dessous, j'y suis encore (son sosie, veut-elle dire), et on me viole... On tolère ça, on dit même : « Faites ! »... Mes sœurs qui étaient vierges à 32 ans, on les a aussi violées... »

« ...Je ne veux pas qu'on me séduise, il en a déjà eu assez de femmes nues, qu'il ne m'induisse plus en tentation !... Je suis une malade, je ne puis résister et prendre un air distant et décidé... Quand je dis « non », ça s'en va par l'autre bout et ils s'acharnent... Ils me forcent à me livrer à la prostitution et à leurs manœuvres... On m'a violée, séduite, salie, on m'a pervertie, on projette des choses immorales dans le Seigneur... Je les entends toutes (ses sosies) comme je vous entends... Quand je suis au lit, je sens qu'on me tourmente ailleurs, quelque part dans l'humanité... J'ai l'impression que toute l'humanité s'acharne sur moi... »

Parfois, les complexes sexuels prennent une nuance plus indécise, à l'aide de symboles :

« ...Un Monsieur m'a dit : « Ne décrottez pas mon âme. » J'avais sur moi une jaquette de mon mari, quelqu'un m'a dit alors, de nouveau : « Ne mettez pas ça sur mon âme. » La jaquette était sur moi et je ne comprends pas comment l'âme de ce monsieur pouvait aussi être sur moi... L'âme de mon mari, c'est l'esprit du bien... Quand j'ai pris congé de lui, l'humanité a dit : « C'est la première fois qu'elle est sincère ! » Et dire que j'aurais pu être en communion avec lui !... »

Le Moi réussit par moments à se ressaisir quelque peu, par un sursaut d'énergie, donnant parfois la sensation d'une guérison miraculeuse, emplissant le cœur d'un *sentiment de grâce*, ou seulement d'un espoir en celle-ci :

« ...En arrivant ici, avant d'entrer, je me suis mise à pleurer, j'étais sauvée, tout à fait lucide... Mais il aurait fallu que la commu-

nion se fût faite un peu avant, autrement tout se remélange... Si mon mari était venu une minute plus vite, je serais devenue lucide... Cet après-midi j'ai fait une résurrection dans un cimetière, mais après tout a été de nouveau détruit... »

Le Moi aspire à une aide extérieure, ayant épuisé ses propres forces, et étant dans le désarroi le plus profond :

« ...Il faut être aidée pour faire le bien... Oh ! pourquoi n'y a-t-il personne, personne qui veuille me tendre la main !... Il me faudrait une instruction religieuse plus forte... »

Il n'y a plus aucun critère permettant de reconnaître le vrai du faux :

« ...Il y a 2 ans, je pouvais dire : « Ça, c'est une hallucination, ça, c'est de l'imagination... Maintenant plus : on m'a coupé la tête !... »

Les notions deviennent floues, troubles, tuant toute certitude matérielle ou spirituelle :

« ...Il ne faut pas parler d'irréel, je ne le comprends pas, et j'en parle tout le temps... »

Comme nous le disions au début, nous pensons avoir cité un cas particulièrement typique de schizophrénie, tant par l'abondance que par la spécificité des symptômes qui le caractérisent.

LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN XANTHOCHROMIQUE EN PSYCHIATRIE

(d'après 60 observations)

PAR

A. COURTOIS et M^{me} Yv. ANDRÉ

Parmi les modifications visibles du liquide céphalo-rachidien, la xanthochromie est la plus importante et la plus fréquemment observée dans un service de psychiatrie.

A l'hôpital Henri-Rousselle, notamment au service d'observation, de janvier 1928 à décembre 1933, nous avons recueilli 60 cas qui concernent des adultes.

Nous n'avons pas trouvé de travail d'ensemble consacré à cette étude, du moins dans la littérature française récente (1). Dans son exposé sur le liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales (2), M. Claude ne fait que de brèves allusions à cette question à propos des hémorragies cérébrales ou cérébro-méningées des artério-scléreux et des alcooliques ou bien encore survenues au cours de l'encéphalite épidémique pendant la période aiguë.

Le but du présent travail est seulement d'assembler les faits observés et d'indiquer les affections le plus souvent accompagnées d'un liquide xanthochromique et leur fréquence relative.

Nous avons éliminé les cas de méningites aiguës où le liquide était seulement purulent et de rares liquides sanglants en rapport avec une hémorragie méningée remontant à quelques heures pour retenir les observations où la xanthochromie est soit

(1) Voir F. RAWACK : La valeur de la xanthochromie du liquide céphalo-rachidien pour le diagnostic différentiel des maladies cérébrales. *Munch.-Mediz. Wochenschr.*, 30 sept. 1932. — AN. BAUER : *Ann. Méd.-psych.*, mars 1933, p. 402.

(2) *Congrès des Alién. et Neurol.*, Lille, 1930.

légère, manifeste surtout quand on regarde le liquide sous une certaine épaisseur, soit très marquée, le liquide prenant la couleur d'une urine plus ou moins foncée.

Disons d'ailleurs que la plus ou moins grande intensité de la coloration jaune (que nous indiquerons dans plusieurs cas) ne paraît pas pouvoir être utilisée comme élément d'un diagnostic causal assez sûr pour qu'on y insiste longuement.

D'après la fréquence des causes principales, nous pouvons grouper ces liquides xanthochromiques sous un petit nombre de diagnostics :

Artériopathie cérébrale	12
Traumatisme crânien	11
Méningites aiguës	10
Encéphalites aiguës et subaiguës	10
Alcoolisme	9
Tumeurs cérébrales	5
Divers	3
	—
	60

Hémorragie cérébrale (artériopathie) (12 cas)

Les 12 cas concernent 8 hommes et 4 femmes. L'âge oscille entre 35 et 66 ans, les cas les plus fréquents se trouvent entre 55 et 62. Tous les malades sont artério-scléreux, hypertendus pour la plupart, l'un était atteint de mal de Bright, un autre d'une artérite syphilitique. Plusieurs, surtout parmi les hommes, présentaient des stigmates d'alcoolisme chronique.

Ces sujets, plus ou moins affaiblis, avaient été frappés d'un ictus — parfois suivi d'hémiplégie et d'aphasie — de 4 à 20 jours avant la ponction lombaire. Ajoutons qu'aucun des sujets ne parut incommodé par cette intervention.

La xanthochromie est d'autant plus marquée que l'on est plus près de l'ictus. Dans plusieurs cas on relève une certaine hypertension manométrique du liquide (55-60, assis).

L'albuminorachie oscille entre 1,60 et 0,40 (1,60, 1,20, 0,90, 0,80, 0,80, 0,70, 0,60, 0,50, 0,50, 0,50, 0,50, 0,40). Les taux les plus élevés concernent les cas où la xanthochromie est la plus marquée ; ils diminuent comme elle à mesure que la ponction est pratiquée plus tard après l'ictus.

La réaction de Pandy est positive même lorsque le taux d'albumine n'atteint pas 0,50 ; celle de Weichbrodt manque souvent même lorsque l'albumine dépasse 0,80.

La leucocytose a varié entre 1,2 et 215 éléments : (215, 124, 104, 37, 34, 25, 25, 7, 7, 1,2). La formule fut à prédominance lymphocytaire le plus souvent.

La réaction du benjoin est rarement normale. D'habitude la précipitation s'étend simplement jusqu'au 12°, 13° et même 14° tube. Dans la zone syphilitique une précipitation à peine indiquée 10000-01000-00012 fut observée 3 fois. Dans le cas d'artérite syphilitique elle fut complète et de type paralytique classique. La réaction de Bordet-Wassermann était positive dans ce cas seulement.

Quant aux réactions de Meinicke et du parégorique, elles furent positives dans la moitié des cas environ. Ces observations nouvelles confirment nos premières constatations à ce sujet. Les deux réactions sont souvent négatives en cas de xanthochromie marquée, elles deviennent positives quand le liquide tend à revenir clair et le restent parfois pendant 2 à 3 semaines, alors que le liquide est limpide ; puis elles se négativent spontanément. Dans 4 cas (3 hommes, 1 femme), le décès est survenu soit du fait de complications, soit lors d'une seconde entrée quelques mois plus tard après un nouvel ictus. L'autopsie pratiquée 2 fois confirma le diagnostic d'hémorragie cérébrale et d'artériopathie.

Traumatisme crânien (11 cas)

Un traumatisme est en cause 11 fois. Il a toujours porté directement sur le crâne (coup, chute, accident d'auto). Parfois c'est au cours d'un accès épileptique ou en état d'ivresse. En effet plusieurs de ces sujets (7) étaient des alcooliques chroniques et nous pensons que ce facteur a pu, pour une part, favoriser l'hémorragie méningée, surtout dans les cas où le traumatisme ne paraissait pas grave. L'âge des sujets varie de 32 à 63 ans.

Du fait de leur activité professionnelle sans doute, les hommes fournissent 8 cas sur 11.

Dans toutes les observations, il s'agissait d'un traumatisme crânien fermé ; il n'y avait pas de fracture de la voûte. Quand elle put être pratiquée, la radiographie ne révéla pas de fracture de la base.

Dans les cas curables (9), outre une certaine obnubilation, il existait parfois des signes neurologiques discrets, une seule fois une hémiparésie légère passagère.

La xanthochromie du liquide et l'hyperalbuminose : 3 gr. à 0,30 (3, 2, 1,80, 1,60, 1,20, 1,20, 0,90, 0,70, 0,60, 0,40, 0,30) sont

d'autant plus importantes qu'on est plus près du traumatisme. signalons cependant un cas de xanthochromie retardée : un blessé, 4 jours après un traumatisme facio-cranien a un liquide clair avec alb. : 0,40, globulines : 0, leuco : 6,2. Il présente 5 jours après la première ponction un liquide franchement xanthochromique contenant 1 gr. 50 d'albumine et 22 leucocytes. C'est parce que le sujet se plaignait de céphalées violentes que la seconde ponction fut pratiquée peu de jours après la première ; cette ponction calma rapidement les maux de tête bien que le liquide n'ait pas été hypertendu : tension 39 (assis).

La leucocytose varie comme l'albuminose, elle a oscillé entre 212 et 6,4 éléments (212, 120, 100, 10, 9, 7, 6,4). Dans plusieurs cas il y avait trop de globules rouges pour permettre une numération valable.

La réaction de Pandy est rarement très marquée ; celle de Weichbrodt est le plus souvent à peine indiquée malgré les taux élevés d'albumine (1,80, 1,50, 1,20). La réaction du benjoin donne une précipitation très fréquente dans la zone méningitique. Dans 7 cas, la zone syphilitique fournit une précipitation qui ne fut complète que dans un cas (albumine 3 gr.).

Le Parégorique et le Meinicke offrent les mêmes variations que dans les cas d'artériopathie.

Une seule fois (1), mais à deux ponctions successives, la réaction de Wassermann fut partiellement positive, d'abord dans un liquide xanthochromique, ensuite alors qu'il était à peu près limpide. Une troisième ponction permit de vérifier la négativation spontanée du Bordet-Wassermann en même temps que la disparition progressive des autres anomalies. Ajoutons que le sujet ne présentait aucun symptôme de syphilis nerveuse ou humorale.

Deux hommes moururent, l'un d'une encéphalite diffuse, l'autre d'un hématome sous-dure-mérien à manifestations tardives et malgré un essai de trépanation décompressive.

Leur liquide donnait les résultats suivants : Encéphalite post-traumatique : tension 60-40, albumine 0,90, Pandy + Weichbrodt : traces, leuco : 100. Benjoin : 22000.22222.10000. B.-W. et Meinicke négatifs. Parégorique 2.2.

Hématome sous dure-mérien : trois semaines après le traumatisme : tension : 80, albumine, 0,60, Pandy + Weichbrodt : 0. Leuco : 7. Benjoin : 00000.22222.11000. Bordet-Wassermann, Meinicke, parégorique négatifs.

(1) Valeur des réactions de la syphilis dans le liquide céphalo-rachidien après une hémorragie méningée. A. COURTOIS, Mlle SALAMON et H. PICHARD. *Soc. Clin. Méd. Ment.*, janvier 1930.

Méningites aiguës (10 cas)

Dans 8 cas, il s'agit de méningite tuberculeuse. Dans les deux autres, d'une méningite à pneumocoques et à entérocoques chez deux alcooliques. Nous n'insisterons pas sur la symptomatologie de ces méningites tuberculeuses, qui fait conduire les malades dans un service de psychiatrie, nous y reviendrons ultérieurement. Il s'est agi d'hommes, âgés de 25 à 60 ans, alcooliques d'habitude.

La xanthochromie est souvent peu marquée. L'albumine oscille entre 5 gr. 20 et 2 gr. (5,20, 4, 3,50, 2,30, 2,40, 2,40, 2,20, 2).

La réaction de Pandy est positive ou très positive, celle de Weichbrodt fut négative deux fois sur huit.

La leucocytose a varié entre 205 et 34 éléments (205, 92, 91, 66, 60, 54, 40, 34).

Le benjoin a étendu sa précipitation, dans tous les cas, au moins jusqu'au 13^e tube, dans 3 cas jusqu'au 15^e. La zone syphilitique a été légèrement modifiée 4 fois: 10000-11000-00110-01110.

L'élixir parégorique donne une précipitation totale ou incomplète. Les réactions de Wassermann et de Meinicke furent négatives.

Enfin, comme c'est la règle, le chlore et surtout le sucre furent trouvés très diminués, l'urée augmentée pendant la période terminale.

Le diagnostic a été vérifié à l'autopsie dans tous les cas.

Dans les deux autres méningites aiguës, le liquide est louche et reste xanthochromique après centrifugation. Dans la méningite à pneumocoques, on trouve : albumine 11 gr., Pandy + + +, Weichbrodt 0, leuco : 300 (polynucléaires altérés). Benjoin : 12222.20000.00222. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs. Décès ; l'autopsie montre que la méningite évoluait comme complication d'une pneumonie.

La méningite à entérocoque donna : albumine, 2 gr., Pandy + +, Weichbrodt +, formule leucocytaire : lymphocytes 37, moyens mononucléaires 16, polynucléaires : 47 %. Benjoin 12100.02122-22210. Bordet-Wassermann négatif. Le malade guérit spontanément.

Encéphalites aiguës et subaiguës (10 cas)

Ce groupe comprend d'abord 8 cas d'encéphalites psychosiques aiguës ayant évolué sous le type clinique du délire aigu. La mort fut hâtée et, dans quelques cas, parut même provoquée

par des hémorragies miliaries le plus souvent corticales manifestées par les signes de lésions cérébrales en foyer, sur lesquelles nous avons insisté ailleurs (1).

Ces 8 cas concernent des femmes âgées de 26 à 60 ans. Rappelons qu'il n'y a pas d'hémorragie méningée, l'hémorragie miliaire atteint seulement le parenchyme, c'est ce qui explique l'absence ou le petit nombre d'hématies trouvées dans le liquide céphalo-rachidien.

La xanthochromie est, d'habitude, très marquée.

Le taux de l'albumine fut assez stable autour de 2 gr. 50. Pandy, très positif, Weichbrodt, négatif ou à peine indiqué. La leucocytose a oscillé entre 11 et 80 éléments.

Le benjoin offre une précipitation étendue à la zone syphilitique comme à la zone méningitique, plus ou moins complète. Parfois, les tubes de la série du milieu ne précipitent pas.

Les réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke sont négatives.

L'autopsie confirma le diagnostic dans tous les cas, montrant un ou plusieurs foyers hémorragiques miliaries ou confluent.

Des deux autres observations, l'une concerne une paralytique générale. Après un ictus, le liquide est à peine teinté ; l'albumine atteint 2 gr. 20. Pour le reste, ce sont les anomalies habituelles de la paralysie générale.

La seconde observation est plus intéressante. Il s'agit d'une encéphalite démyélinisante, localisée à la région sous-optique. Au cours d'une évolution suivie pendant plusieurs mois, on trouva une fois le liquide céphalo-rachidien xanthochromique. Albumine 9 gr., Pandy +++++, Weichbrodt ++, leuco : 139. Benjoin : 22222.22000.22222. Parégorique 22-2. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

L'observation anatomo-clinique complète est rapportée par M. Marchand au Congrès de Rabat (2).

Alcoolisme chronique (9 cas)

L'alcoolisme chronique fournit 9 cas. Trois concernent le syndrome de Korsakoff, trois femmes de 39, 47 et 49 ans. Le

(1) Note anatomo-pathologique sur 10 cas d'encéphalites psychosiques hémorragiques. L. MARCHAND et A. COURTOIS. *Soc. Anatomique*, Réunion plénière, 12 oct. 1933.

(2) L. MARCHAND. — Pseudo-tumeur inflammatoire (encéphalite) de la région infundibulo-pédunculaire... Congrès des Al. et Neurol., Rabat, 1933, *C. R.*, p. 358-362.

liquide est xanthochromique sans qu'un traumatisme, un ictus, une crise épileptique soient notés. Il n'existe pas non plus de signes méningés cliniques. Albumine 1,70 à 1,10. Pandy et Weichbrodt positifs, petite leucocytose 5 à 7 éléments. Allongement léger de la précipitation du benjoin dans le 11° et 12° tube. Précipitation incomplète dans la zone syphilitique : 01100-01111.

Décès et vérification de l'hémorragie exclusivement méningée et peu abondante dans deux cas. Dans l'autre, guérison spontanée, rapide, sans séquelle.

Cinq fois, l'hémorragie méningée accompagne un accès délirant (*delirium tremens* des alcooliques). Dans deux cas terminés par la mort, l'albumine atteint 1,60 et 2 gr., il n'y a pas de lymphocytose importante : 0,4 et 7,4.

Dans les autres cas, même absence de leucocytose notable : 4,5, 7,2. L'albuminorachie est de 0,30-0,60-1,10. Pandy positif, Weichbrodt négatif. Extension de la précipitation du benjoin dans la seule zone méningitique. Parégorique deux fois partiellement positif (avec Meinicke positif dans un cas). Bordet-Wassermann négatif. Les malades guérissent.

Le dernier cas concerne un alcoolique chronique de 52 ans, présentant une obtusion croissante, des céphalées, des vomissements, de la stase papillaire. Le liquide est jaune foncé, albumine 3,30. Pandy ++++. Weichbrodt +, leuco: 81. Benjoin 11100.22012.22221. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Le malade, envoyé dans un service de neurochirurgie, y meurt subitement quelques jours après l'entrée. L'autopsie fut refusée.

Le diagnostic reste hésitant entre une pachyméningite hémorragique et une tumeur cérébrale.

Tumeurs cérébrales (5 cas)

En effet, les tumeurs cérébrales s'accompagnent assez fréquemment de xanthochromie liquidienne. Nous en relevons 5 cas, 4 hommes et 1 femme âgés de 45 à 61 ans.

Outre une xanthochromie variable, mais souvent forte, le liquide offre les modifications habituelles dans les tumeurs. Hypertension manométrique, albuminose souvent élevée, 2,40-1,60-1,60-1,50-0,80, contrastant avec une leucocytose minime ou nulle (5,2-3,6-0,3) une fois pourtant, lymphocytose abondante : 112. Comme l'un de nous l'a déjà signalé avec P. Schiff et Pouffary (1), la dissociation des réactions dites des globulines

(1) P. SCHIFF, A. COURTOIS et C. POUFFARY : T. C. non diagnostiquée. *Soc. de Psych.*, janvier 1929. — Voir aussi : G. DEMAY et J.-R. CUEL. — Ménioangiome temporal.... *Soc. Méd.-psych.*, 11 mai 1933. *Ann.*, p. 604,

est fréquente. Dans nos cas, alors que le Pandy est très positif, la réaction de Weichbrodt manque 3 fois sur 5.

Le benjoin offre une extension plus ou moins complète de la précipitation dans les derniers tubes et souvent aussi dans la zone syphilitique. Parégorique et Meinicke ont été positifs chacun une fois. Bordet-Wassermann toujours négatif.

Dans les 5 cas, l'autopsie montra un gliome diffus avec hémorragies tumorales ou péricytomiales récentes.

Divers (3 cas)

Il reste trois cas où la xanthochromie du liquide ne peut, semble-t-il, être rapportée à une des affections que nous venons de passer en revue.

La première observation a été publiée par MM. J. Roubinovitch, H. Pichard et O. Trelles : « Un cas d'hémorragie méningée dite spontanée et curable des adolescents. » (1).

A la première ponction, 2 jours après l'apparition des signes méningés, liquide sanglant, hypertendu, albumine 0,40, Pandy +, Weichbrodt 0, nombreuses hématies, Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs. Benjoin : 22200-22200-00000. Seconde ponction, 7 jours plus tard, liquide xanthochromique, albumine 0,30, globulines : 0, leuco 104. Benjoin, Bordet-Wassermann et Meinicke normaux. Le père du jeune homme avait été traité pour des accidents syphilitiques non douteux.

Une seconde observation — bien qu'elle reste incomplète — nous paraît devoir être rangée aussi dans le groupe des hémorragies méningées spontanées. Il s'agit d'une femme de 36 ans, non hypertendue, qui, chaque mois, au moment des règles, présente de violentes céphalées avec vomissements, parfois vertiges et même chutes. Cela dure 2 à 3 jours, puis tout rentre dans l'ordre. A l'occasion d'un accès de « migraine » accompagnée de cris et de vomissements, la malade — qui n'a pas subi de traumatisme récent — entre dans le service. Le lendemain, liquide xanthochromique. Tension 45-35 (assise), albumine 1,50. Pandy et Weichbrodt +, leuco : 120 et très nombreuses hématies, benjoin : 11122-21122-22210. Parégorique 22-2. Bordet-Wassermann négatif, Meinicke positif. Cinq jours plus tard, liquide clair, encore hypertendu 50-40 (assise), albumine 0,60. Pandy et Weichbrodt + ; leuco., 172, Benjoin 11001-22222-10000. Bordet-Wassermann négatif. Parégorique et Mei-

(1) Soc. Méd.-psychol., 22 février 1932. *Annales*, p. 192-197.

nicke positifs. La malade est calmée, ne souffre plus et sort le lendemain. Nous n'avons pas eu de ses nouvelles depuis.

La dernière observation concerne une éclampsie gravidique (1). Femme de 20 ans, enceinte de 2 à 3 mois, qui est prise subitement, en pleine santé, de crises convulsives subintrantes, coma et décès quelques heures après. Le liquide est légèrement xanthochromique ; tension 35-11 (couchée), albumine 0,85, Pandy et Weichbrodt +, leuco 4, Benjoin 00000-22222-22100. Bordet-Wassermann, Meinicke, parégorique, négatifs.

L'autopsie ne montra pas d'hémorragie cérébrale ou méningée. Il semble qu'on doive penser, dans ce cas, à une sorte d'œdème aigu cérébral.

*
**

Revenons brièvement sur les caractères généraux des liquides céphalo-rachidiens xanthochromiques que l'on peut observer le plus fréquemment dans un service de psychiatrie.

Nous avons dit que nous n'avions pas retenu les liquides seulement sanglants ou purulents. Une autre cause d'erreur est le liquide céphalo-rachidien d'un ictérique, dont la teinte peut être franchement xanthochromique. Il n'y a là rien qui doive nous étonner, puisque ce qui fait la xanthochromie après une hémorragie méningée, c'est surtout la destruction des hématies et que l'origine des pigments qui colorent la peau et les humeurs d'un ictérique est également le sang.

Ajoutons qu'une méthode d'exploration du liquide céphalo-rachidien en cours d'études, la spectroscopie, donnerait, en cas de xanthochromie comme avec un liquide ictérique, une courbe analogue à celle fournie par la bilirubine (2).

Nous ne pouvons encore préciser si un liquide ictérique présente, par ce seul fait, des modifications aux réactions habituelles, alors qu'aucune lésion nerveuse n'est en cause. Dans le seul cas que nous avons observé, les modifications furent les suivantes : tension 40, albumine 0,60, Pandy +, Weichbrodt 0, leucocytes 7, Benjoin 00000-02222-10000, Bordet-Wassermann, négatif, Meinicke positif, parégorique 22-2. Mais le sujet était alcoolique et suspect de syphilis, cependant, les réactions du sang (Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn) étaient négatives.

D'une façon générale, et en dehors de toute affection particulière, l'épanchement de sang dans le liquide céphalo-rachidien

(1) Cette observation sera publiée prochainement avec M. Marchand.

(2) HEILMEYER : *Medizinische Spectrophotométrie*, 1933.

s'accompagne des modifications biologiques suivantes, qui ne présentent en elles-mêmes aucune valeur spéciale, mais peuvent être causes d'erreurs de diagnostic regrettables.

La tension est fréquemment mais non constamment augmentée.

L'hyperalbuminorachie varie, d'habitude, avec l'intensité de la xanthochromie, elle est au maximum dans les cas de syndrome de coagulation massive, comme cela se voit dans certaines compressions médullaires, cas que nous avons volontairement éliminés.

L'albuminose, dans nos cas, a oscillé entre les deux chiffres extrêmes : 0,30 et 11 gr.

En règle générale la réaction de Pandy est positive ; celle de Weichbrodt beaucoup plus souvent négative. La leucocytose varie surtout avec l'affection causale, elle peut être normale ou très augmentée (chiffres extrêmes : 0,2 et 300). La lymphocytose est de règle, sauf dans les cas de méningites aiguës où la polynucléose l'emporte souvent.

On trouve fréquemment aussi des hématies plus ou moins altérées.

Il faut signaler cependant qu'une hémorragie peut provoquer une polynucléose abondante du liquide céphalo-rachidien. Il y a même parfois, en cas de foyer hémorragique intra-cérébral, un liquide puriforme aseptique (H. Claude et Verdun) (1). Dans le cas récent de Flandin, Galiot et André (2), leucocytose énorme, 8.040 éléments dont 96 % de polynucléaires intacts, pas d'hématies, ni de microbes.

Quelle que soit l'affection causale, la réaction du benjoin est, d'habitude, très modifiée (3). L'extension de la précipitation dans la zone méningitique est très fréquente, observée 51 fois sur les 55 liquides où la réaction fut pratiquée au moment de la xanthochromie. La précipitation dans la zone dite syphilitique, bien que moins fréquente, est trouvée 32 fois (4) sur 55. Elle est rarement complète et n'a pris le type paralytique que dans 8 cas ; l'albuminose dépassait alors souvent de beaucoup 1 gr. % et le benjoin précipitait dans les 15 tubes, ou n'épargnait que quelques tubes de la série du milieu.

(1) Soc. Méd. Hôp. Paris, 7 juillet 1911. *Bull.*, p. 68.

(2) H. FLANDIN, H. GALLOT, R. ANDRÉ : Hémorragie cérébrale avec réaction méningée puriforme aseptique. Soc. Méd. Hôp. Paris, 26-2-1934, *C. R.*, p. 264.

(3) Cette cause d'erreur est indiquée par les auteurs mêmes de la méthode. *La réaction du benjoin colloïdal*. G. GUILLAIN, Guy LAROCHE et P. LÉCHELLE. Masson, 1922, p. 96 à 99.

(4) Les deux cas de syphilis nerveuse n'ont pas été retenus dans ce total.

Hors les 2 cas de syphilis nerveuse, la réaction de Bordet-Wassermann ne fut positive qu'une seule fois et encore partiellement. On peut donc, même en cas de xanthochromie liquidienne, tenir grand compte des résultats de cette réaction (1).

Il n'en est pas de même des réactions du parégorique et de Meinicke dont la positivité est observée 25 fois sur 37 cas pour la première, et 10 fois sur 44 pour la seconde. Elles coïncident souvent dans le même liquide.

Insistons d'ailleurs sur le fait que les anomalies des réactions colloïdales (benjoin et parégorique) et d'opacification (Meinicke) persistent quelques semaines parfois, après le retour à un liquide céphalo-rachidien clair et peuvent alors être causes d'erreurs difficilement évitables, si l'on n'a pas la notion d'une hémorragie d'origine traumatique ou vasculaire antérieure possible. Nous avons vu, pour notre part, des malades tenus pour syphilitiques et pour qui l'on avait conseillé un traitement intensif, voire une impaludation, sur la constatation d'une hyperalbuminose avec ou sans lymphocytose, et des anomalies des réactions colloïdales. D'autres étaient envoyés comme suspects de tumeur cérébrale pour les mêmes motifs. Une nouvelle ponction lombaire pratiquée 15 à 20 jours plus tard, montrant l'atténuation importante ou la disparition des anomalies liquidiennes, permettait de rectifier le diagnostic.

Ajoutons encore que la xanthochromie du liquide constitue également une cause d'erreur d'interprétation de la réaction de Vernes à la résorcine (2). En dehors de toute tuberculose, cette réaction devient alors très positive. Parfois même, la seconde lecture est impossible, à cause de la continuité et de la rapidité des variations de teinte. C'est là un fait à retenir lorsqu'on suspecte une méningite tuberculeuse et que le liquide est jaune, même légèrement.

Peut-on espérer trouver, dans la xanthochromie du liquide, un élément pour le diagnostic de l'affection causale ?

Il ne le semble pas, du moins à un seul examen. Un liquide jaune indique seulement qu'une hémorragie a eu lieu dans un

(1) Pourtant, surtout en cas de tumeur cérébrale, la réaction de Wassermann a été trouvée plusieurs fois positive dans un liquide xanthochromique. (Cl. VINCENT : *Rev. Neur.*, 1912, p. 652, I. — GUILLAIN, LAROCHE et LÉCHELLE : *Loco citato*, p. 97).

(2) Nous consacrons à ce sujet, avec M. Beley, une note qui doit paraître dans les *Ann. de l'Institut Prophylactique*. Le fait a déjà été signalé par M. QUÉRANGAL DES ESSARTS : La réaction de Vernes à la résorcine dans le liquide céphalo-rachidien des affections méningées. *Arch. de l'Institut Prophylactique*, tome III, 1931, p. 388.

point quelconque du névraxe (les cas de compression médullaire mis à part). Et encore, cette proposition n'est-elle peut-être pas absolument exacte, car il est des cas où le liquide est jaune (méningite tuberculeuse, éclampsie) et pourtant, l'autopsie ne montre pas d'hémorragie cérébrale ou méningée appréciable. Sans doute, s'agit-il de microhémorragies ou peut-être même seulement du passage de plasma à travers les membranes vasculaires distendues par vaso-paralysie.

Mais, plus que la constatation de la xanthochromie, son évolution prend une certaine valeur indicative. A ce point de vue, les cas les plus intéressants, et d'ailleurs les plus fréquents, sont l'artériopathie cérébrale et les traumatismes crâniens.

A des ponctions successives, on assiste à la rétrocession plus ou moins rapide des modifications liquidiennes.

Ainsi, pour l'artériopathie, voici quelques exemples :

DATES	TENSION	ALBUMINE	PANDY	WEICHBRODT	LEUCO	BENJOIN	ELIXIR PARÉGORIQUE	BORDET- WASSERMANN	MEINICKE
20-3.....	41	0,90	+	0	25	01000.12222.22100	22-2	0	+
28-8.....	»	0,30	tr.	0	1,3	00000.02222.10000	22-2	0	0
27-12.....	47	0,50	»	»	124	10000.02222.10000	»	0	0
4-1.....	»	0,30	0	0	16	00300.02220.00000	»	0	0
8-11.....	50	0,80	+	0	104	00000.02222.22110	22-2	0	+
15-11.....	27	0,80	+	0	98	00000.02222.21000	0	0	0
25-4.....	52	0,50	+	+	25	00000.02222.20000	0	0	0
1-6.....	»	0,50	+	+	10	00000.02222.00000	00-1	0	0

Comme on le voit, la lymphocytose diminue ou disparaît la première, la précipitation du benjoin abandonne la zone méningitique, les réactions de Meinicke et du parégorique deviennent négatives, d'habitude. Mais — et les deux dernières observations le montrent bien — l'albumine peut rester longtemps au taux initial. On a même pu penser, dans quelques cas, à une tumeur cérébrale en raison de cette persistance, de cette stabilité de l'albuminose. On doit l'interpréter plutôt par la longue durée du « nettoyage » d'un foyer hémorragique par un cerveau sénile, à la vascularisation et aux réactions de défense défectueuses.

Au contraire, en cas d'hémorragie traumatique, le retour à la normale est bien plus rapide :

DATES	TENSION	ALBUMINE	PANDY	WEICHRODT	LEUCO	BENJOIN	ELIXIR PARÉGORIQUE	BORDET- WASSERMANN	MEINICK
15-7.....	60	1,80	+++	+	212	00111.22222.21000	»	0	0
26-7.....	55	0,25	0	0	9	00000.02222.00000	»	0	0
21-5.....	»	3	++	+	sang	22222.22222.22221	00—0	0	0
1-6.....	»	0,30	0	0	1,2	00000.02222.00000	0	0	0
16-12.....	»	1,60	+	+	120	12210.02222.22100	»	0	»
22-12.....	»	0,80	»	»	13,2	11110.01122.21000	»	0	»

Cette rapidité de normalisation liquidienne, en 8 à 10 jours parfois, paraît imputable au plus jeune âge des sujets, mais sans doute surtout au fait que l'hémorragie est plus superficielle que dans les cas d'artériopathie.

En cas de méningite tuberculeuse, la constatation d'un liquide jaune paraît indiquer une évolution rapide et tous nos malades sont morts très peu de jours après l'entrée dans le service.

Même remarque pour les encéphalites psychosiques aiguës azotémiques où la mort est survenue prématurément 1 à 3 jours après l'apparition des signes d'hémorragie cérébrale.

Il en est de même, enfin, pour les tumeurs où l'hémorragie intra ou péri-tumorale amène une compression subite et une sidération fonctionnelle du cerveau, rapidement mortelle.

Il nous faut encore insister sur l'importance du rôle de l'alcoolisme (1) dans nombre de ces xanthochromies liquidien-nes. Outre les cas d'alcoolisme chronique, de delirium tremens et de psychose de Korsakoff (9 cas), une intoxication éthylique importante existait chez plus de la moitié des sujets atteints d'hémorragies méningées traumatiques, dans presque tous les cas de méningite tuberculeuse, et chez plusieurs artériopathi-ques.

Au total, l'alcoolisme est présent chez plus de la moitié des

(1) Le malade de M. G. Petit était également alcoolique. G. PETIT : Poliencéphalite supérieure de Wernicke... Xanthochromie du liquide céphalo-rachidien. Soc. Méd.-psychol., 22 juin 1931, *Annales*, p. 48.

sujets qui, dans notre statistique, ont présenté une xanthochromie liquidienne.

Ce fait nous paraît à rapprocher de ce que l'on sait sur la fragilité vasculaire, sur les troubles de la crase sanguine, si fréquemment manifestés chez ces sujets par la facilité et l'étendue des ecchymoses cutanées à l'occasion de traumatismes peu importants.

Un autre point est encore digne de remarque. C'est la rareté des hémorragies méningées ou cérébro-méningées au cours de l'épilepsie et de la paralysie générale, où, cependant, les phénomènes congestifs sont particulièrement fréquents.

Il arrive bien parfois que, chez un épileptique, on constate de temps à autre quelques globules rouges dans le liquide, peu après un accès convulsif ; mais, sur plusieurs centaines de ponctions lombaires d'épileptiques, nous n'avons pas constaté une seule fois la xanthochromie du liquide. D'ailleurs, à l'autopsie d'épileptiques, même morts en état de mal, une hémorragie encéphalique est exceptionnelle.

Il en va de même pour la paralysie générale ainsi que le remarque si fréquemment M. Marchand. En 6 ans, sur 2.000 liquides de paralytiques généraux, nous en trouvons un seul qui soit xanthochromique, encore l'est-il très légèrement. C'est après un ictus et le taux de l'albumine dépasse 2 gr. ‰.

A l'opposé, on connaît les tendances hémorragiques des encéphalites des enfants, de l'encéphalite épidémique dans sa période aiguë et des encéphalites psychiques. Pour cette dernière maladie, une statistique récente nous donne 10 formes hémorragiques pour 86 cas vérifiés anatomiquement (1).

Enfin, l'observation d'encéphalite démyélinisante, rapportée par M. Marchand au Congrès de Rabat, montre que cette variété d'encéphalite peut s'accompagner de xanthochromie liquidienne. Ajoutons qu'en raison de la fixité relative des modifications du liquide céphalo-rachidien, on pensa cliniquement, comme c'était légitime, à une tumeur cérébrale. Seul, un examen histologique attentif permit de rapporter les symptômes psychiatriques, neurologiques et humoraux à leur véritable cause.



Que pouvons-nous conclure de ce travail ? Retenons d'abord la rareté relative de la xanthochromie du liquide céphalo-rachi-

(1) L. MARCHAND et A. COURTOIS : Soc. Anat., *loc. cit.*

dien chez les malades mentaux. Car, c'est en 6 ans que 60 observations ont été recueillies sur un total de 10.000 liquides environ, soit un liquide jaune sur 165 à 170 ponctions. De plus, c'est dans un service recevant de nombreux malades aigus, atteints d'affections cérébrales graves. Aussi, comptons-nous 35 décès sur 60 malades. Ils se répartissent de la façon suivante :

	Décès	Total des cas
Méningite tuberculeuse	8	8
Encéphalites psychosiques hémorragiques..	8	8
Tumeur cérébrale	5	5
Artériopathie cérébrale	4	12
Alcoolisme chronique	3	6
Syndrome de Korsakoff alcoolique	2	3
Traumatisme crânien	2	11
Méningite à pneumocoque	1	1
Encéphalite démyélinisante	1	1
Eclampsie gravidique	1	1
Paralysie générale	0	1
Méningite à entérocoque	0	1
Hém. méningée spontanée	0	2
	35	60

On voit donc que, si la xanthochromie liquidienne peut être un symptôme banal et passager, après un traumatisme crânien, par exemple, elle peut aussi révéler une affection cérébrale des plus graves, rapidement mortelle (méningite aiguë, encéphalite hémorragique, tumeur cérébrale).

Nous avons montré l'intérêt de l'étude de l'évolution de la xanthochromie et des autres modifications du liquide qui l'accompagnent ou lui font suite. Nous avons surtout attiré l'attention sur les diagnostics erronés qui pouvaient être posés à cette occasion. Et nous nous estimerons suffisamment récompensés de notre effort si le présent travail peut éviter une trépanation décompressive pour une pseudo-tumeur cérébrale par encéphalite, une impaludation chez un artériopathique dont, après un ictus, le liquide, redevenu clair, offre certains des caractères de celui d'un paralytique général, et enfin, un diagnostic de méningite tuberculeuse chez un traumatisé crânien méconnu, ou même en cas d'hémorragie méningée dite spontanée.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Lundi 23 Avril 1934

Présidence : M. Roger MIGNOT, président

En ouvrant la séance, M. Roger MIGNOT, *président*, charge le Secrétaire général d'exprimer au Professeur Henri CLAUDE, la vive sympathie des membres de la Société médico-psychologique, à l'occasion du deuil cruel qui vient de le frapper.

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du jeudi 8 mars 1934 est adopté.

Correspondance

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

des lettres de M. le D^r Paul COURBON et de M. le D^r Paul ABÉLY, *Secrétaires des séances*, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le D^r J. HAMEL, *membre titulaire*, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance et prie la Société de remettre à l'ordre du jour de la séance du lundi 28 mai la communication dont il avait demandé l'inscription à l'ordre du jour de la présente séance : il en est ainsi décidé ;

une lettre de M. le D^r Henry PICHARD, *membre correspondant national*, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance et prie la Société de remettre à l'ordre du jour de la séance du lundi 28 mai la communication dont il avait demandé l'inscription à l'ordre du jour de la présente séance : il en est ainsi décidé ;

une lettre de M. le Professeur Pierre COMBEMALE, secrétaire général du *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, invitant la Société à se faire officiellement représenter à la 38^e session de ce Congrès qui se tiendra à Lyon du 16 au 21 juillet 1934, sous la présidence de notre collègue, le D^r LA-GRIFFE, Directeur-Médecin de l'Asile de Quimper : la Société désigne MM. CAPGRAS, PACTET, anciens présidents, René CHARPENTIER, secrétaire général, COURBON, secrétaire des séances, COLLET et VIGNAUD, membres titulaires, pour la représenter à la session de Lyon ;

une lettre de M. le D^r James V. MAY, de Boston, Directeur général du Département des maladies mentales de l'Etat de Massachusetts, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre associé étranger*, et invite les membres de la Société à assister aux réunions de l'*American Psychiatric Association* : la prochaine réunion de cette Association aura lieu à New-York, du 28 mai au 2 juin 1934 ;

des lettres de M. le D^r A. DONNADIEU, ancien interne lauréat des Hôpitaux de Bordeaux et de l'Asile de Château-Picon, Médecin-Chef de l'Asile de Vauclaire (Dordogne), et de M. le D^r Pierre Lôo, ancien interne de l'Asile de Château-Picon, à Bordeaux, Médecin-Chef de l'Institut neuro-psychiatrique départemental de la Charité-sur-Loire (Nièvre), qui demandent à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* : la Société désigne une Commission composée de MM. ABADIE, COMBEMALE, et SENGÈS, rapporteur, pour l'examen de ces candidatures : le vote aura lieu à la séance du lundi 25 juin 1934 ;

des lettres de M. le Professeur Smith Ely JELLIFFE, de New-York, rédacteur en chef du *Journal of nervous and mental Disease*, de M. le D^r L. R. SANGUINETI, de Milan, docteur en médecine de la Faculté de médecine de Paris (médaille d'argent 1917) et de l'Université royale de Sienne, expert psychiatre près la Cour d'appel de Gênes, et de M. le D^r Paul VERSTRAETEN, médecin en chef de l'Institut Caritas, à Melle près Gand, Président de la Société de médecine mentale de Belgique, qui demandent à faire partie de la Société au titre de *membre associé étranger* : la Société désigne une Commission composée de MM. André BARBÉ, René CHARPENTIER et Paul COURBON, rapporteur, pour l'examen de ces candidatures : le vote aura lieu à la séance du lundi 25 juin 1934.

Election d'un membre correspondant national

Après lecture d'un rapport de M. VIGNAUD, au nom d'une Commission composée de MM. GUIRAUD, LHERMITTE et VIGNAUD, sur les titres de M. le Professeur André LE GRAND, de la Faculté libre de Lille, il est procédé au vote :

Nombre de votants	16
Majorité absolue	9

A obtenu :

M. le D^r André LE GRAND 15 voix.

M. le D^r André LE GRAND, de Lille, est élu *membre correspondant national* de la Société Médico-psychologique.

Election d'un membre associé étranger

Après lecture d'un rapport de M. René CHARPENTIER, au nom d'une Commission composée de MM. Georges DUMAS, MIGNOT et René CHARPENTIER, sur les titres de M. le Professeur Vicente DIMITRI, de Buenos-Aires, il est procédé au vote :

Nombre de votants	17
Majorité absolue	9

A obtenu :

M. le D^r Vicente DIMITRI 17 voix.

M. le D^r Vicente DIMITRI, de Buenos-Aires, est élu *membre associé étranger* de la Société Médico-psychologique.

Election à une place de membre titulaire

Après lecture d'un rapport de M. LAUZIER, au nom d'une Commission composée de MM. AUBRY, CEILLIER, DIDE, LAUZIER et WAHL, il est procédé au vote :

Nombre de votants	17
Majorité absolue	9

A obtenu :

M. le D^r LERAT 17 voix.

M. le D^r LERAT est élu *membre titulaire* de la Société Médico-psychologique.

A propos de l'ordre du jour de la Société

Le *Secrétaire général* fait connaître qu'il lui a été demandé de lire ou de faire lire, à la présente séance, quatre communications envoyées par des membres de la Société.

Après nouvel examen de cette question, la Société décide, à l'unanimité des membres présents, qu'un travail ne peut lui être présenté que par son auteur, la raison d'être des séances étant la possibilité d'y discuter les opinions émises et les faits présentés.

COMMUNICATIONS

Essais thérapeutiques inspirés par la constatation de l'acidose et de la rétention chlorée dans divers syndromes mentaux, par MM. E. MARTIMOR et J. BRZEZINSKI.

L'acidose et la rétention chlorée sont deux phénomènes pathologiques en apparence assez disparates, mais dont la coexistence est fréquente. Relevant de causes connexes, ils semblent devoir être intégrés à ce syndrome d'insuffisance hépato-rénale depuis longtemps signalé au cours de diverses affections mentales aiguës.

Dans ce syndrome, c'est surtout la *rétention uréique* qui a tout d'abord retenu l'attention des chercheurs, au point que Marchand a incorporé le qualificatif « d'azotémique » dans la désignation de l'une des formes « d'encéphalite psychosique » qu'il a isolées.

L'acidose (surtout sous forme de cétose) avait été depuis longtemps constatée incidemment (Régis, Targowla, Mlle Badonnel, etc...). Nous-mêmes (1) avons rapporté l'observation d'un délire aigu grave avec acétémie traitée avec succès par l'insuline.

Plus récemment, la *rétention chlorée* a été recherchée dans le sang, le liquide céphalo-rachidien et la substance cérébrale et ce symptôme a été noté dans diverses maladies mentales aiguës et chroniques (2).

Depuis plusieurs mois, nous faisons systématiquement, sur tous nos malades entrants, des examens biologiques portant surtout sur les points suivants : recherche de l'acétonurie, dosage de la réserve alcaline, dosage du chlore dans le sang (plasma et globules) dans le liquide céphalo-rachidien et dans les urines. Ces examens ont donné des résultats variables dans les maladies mentales chroniques (démence précoce, délires systématisés), mais nous ont montré, dans les psychoses aiguës — surtout

(1) *Annales Médico-Psychologiques*, février 1932.

(2) M. DELAVILLE et P. TCHERNIAKOWSKY. — Le chlore sanguin au cours de divers syndromes neuro-psychiatriques. *Sociétés de Biologie*, 2 février 1929.

M. DELAVILLE et P. TCHERNIAKOWSKY. — Rétention chorée cérébrale dans divers états mentaux. *Soc. Biologie*, 16 février 1929.

M. CAHANES. — Le chlore cérébral dans certaines psychoses. *Soc. Médico-Psychologique*, 22 décembre 1932.

lorsqu'elles s'accompagnent d'états anxieux, — une constance remarquable de l'acidose et de la rétention chlorée sèche.

Nous avons alors déduit des constatations ainsi obtenues l'indication d'une thérapeutique alcalinisante et déchlorurante. Les essais pratiqués dans ce sens nous ont donné d'assez bons résultats. Pour les exposer, les observations de cinq de nos malades seront sommairement relatées à titre d'exemples. Dans le premier cas — plus ancien — seule l'acidose a été recherchée ; les autres cas ont été étudiés au double point de vue, acidose et rétention chlorée.

Obs. I. — K., 22 ans, ouvrier agricole arménien, de constitution très robuste, intelligent, a toujours été en bonne santé et s'est comporté normalement jusqu'en février 1932, époque à laquelle il commence à se plaindre de malaises divers. Il va voir de nombreux médecins qui ne constatent aucune maladie caractérisée, fait faire plusieurs radiographies des poumons et de l'estomac. D'abord simplement irrité de ne pas obtenir un diagnostic précis et un soulagement immédiat, il devient bientôt méfiant vis-à-vis des médecins, accusant même l'un d'eux de vouloir l'empoisonner. Apparaissent ensuite successivement de l'inquiétude, de l'anxiété bruyante, des idées de suicide qui déterminent l'internement le 3 août 1932.

A son entrée, le malade est déprimé, découragé, se croit menacé d'une mort prochaine, résiste à l'examen et au traitement. Quelques raptus anxieux au cours desquels il ébauche des tentatives de suicide par précipitation ou auto-mutilation. Il se plaint de céphalées et de douleurs lombaires. L'examen clinique ne révèle aucune maladie organique caractérisée. On note seulement une odeur acétonique de l'haleine. Les examens de laboratoire montrent dans les urines : absence d'albumine, traces de sucre, présence extrêmement abondante d'acétone et de corps acétoniques, nombreuses cellules épithéliales, pH 7,2. Dans le sang : urée 0 gr. 80 par litre, réserve alcaline : 51, Wassermann négatif. Le traitement suivant est institué : régime déchloruré, diurétiques, alcalins (citrate de soude 4 gr., bicarbonate de soude 20 gr.).

Deux jours après le début de ce traitement, on constate déjà une légère amélioration de l'état mental qui va s'accroître progressivement les jours suivants : la dépression s'atténue peu à peu, la confiance renaît, les idées hypocondriaques sont abandonnées. Parallèlement à cette amélioration psychique, on voit l'acétone disparaître dans l'urine, l'urée diminuer dans le sang (0 gr. 50), l'urée et les chlorures s'éliminer dans les urines (25 et 19 gr. par jour). Au bout de six semaines environ, le malade est capable de travailler au jardin.

Après deux ou trois rechutes où l'on voit réapparaître, très atténuée, l'anxiété du début, accompagnée de petits retours offensifs de l'acétonurie, il peut sortir en décembre 1932. Nous l'avons revu à plu-

sieurs reprises, la dernière fois en décembre 1933 : son état général est excellent, il n'a plus aucune idée hypocondriaque, se comporte et travaille normalement.

OBS. II. — Mlle C., 22 ans, s'est surmenée physiquement et intellectuellement, ajoutant à son travail ordinaire d'infirmière, des gardes de nuit, la préparation d'un examen et aussi la participation aux réunions d'un groupement politique assez exalté. Elle a fait, la veille, une fugue, au cours d'un raptus anxieux, en sautant d'une fenêtre au premier étage. Elle présentait, depuis 4 ou 5 jours, de l'agitation anxieuse avec confusion et onirisme intermittent. A son entrée, le 5 décembre 1933, on constate un état toxi-infectieux avec forte acétonurie, mais sans azotémie ni rétention chlorée ; la réserve alcaline est de 54 %. Au point de vue mental : agitation, confusion, désorientation, onirisme à thèmes terrifiants ou professionnels. Les jours suivants, l'état toxi-infectieux s'aggrave, au point qu'au troisième jour la fièvre atteint 40° ; les urines sont rares, albumineuses, pauvres en chlorures, renfermant du pus, des colibacilles ; par contre, l'acétone a disparu. Dans le sang, l'urée monte à 1 gr. 05, le glucose à 1 gr. 12, le chlore à 3 gr. 95 (plasma) et 1 gr. 95 (globules), la réserve alcaline descend à 50. A ce moment, l'agitation anxieuse du début fait place à une torpeur voisine du coma ; la malade est affaiblie, anémiée, déshydratée, le pouls est imperceptible : son état est jugé désespéré. Le traitement consiste surtout en cardiotoniques, diurétiques, insuline, alcalins. L'alimentation est constituée par du lait pris à la sonde, dont une partie est rejetée par des vomissements.

Vers le 25 décembre, la torpeur est remplacée par de l'agitation, puis la confusion diminue. En même temps, l'état général s'améliore, la fièvre cesse, l'azotémie disparaît, le chlore du sang reprend un taux à peu près normal (3,69 et 1,77) et la réserve alcaline s'élève à 56. Au début de janvier, la confusion diminue encore sensiblement, mais des hallucinations auditives à teinte anxieuse reparaissent de temps à autre. Pendant tout le mois de janvier, l'état physique et mental reste stationnaire ou plutôt oscillant, avec des réapparitions de la confusion, de l'anxiété et aussi de l'acidose et de la rétention chlorée. Le 30, un régime déchloruré strict est institué. Dans les jours qui suivent, l'état mental s'améliore d'une façon beaucoup plus sensible et plus stable et la malade peut sortir, le 24 février. Sa confusion est complètement dissipée ; elle conserve seulement une légère tendance à l'autisme et à la rêverie morbide qui assombrit un peu le pronostic éloigné.

OBS. III. — Mme G., 37 ans, déjà internée pendant un mois en 1920 pour un accès de dépression mélancolique, rapidement dissipé, présente à son entrée, le 3 février 1934, un état anxieux avec idées d'indignité, de ruine, de mort imminente. Elle a fait la veille une tentative de suicide. On trouve chez elle une acétonurie considérable, une légère azotémie (0 gr. 57), un fort abaissement de la réserve alcaline

(46) et une diminution du chlore sanguin (3 gr. 36 dans le plasma, 1 gr. 56 dans les globules). Les jours suivants, l'acétonurie et l'azotémie disparaissent, la réserve alcaline redevient normale (58), mais le chlore est retenu en excès dans le sang (3 gr. 94 et 1 gr. 84). Mise, dès le 5^e jour, au régime déchloruré strict, traitée par l'insuline, les alcalins, la malade s'est tout d'abord nettement améliorée, mais dernièrement l'anxiété a reparu. Cette rechute a coïncidé avec un nouvel abaissement de la réserve alcaline qui est tombée à 50. Au même moment, on notait dans le liquide céphalo-rachidien un taux élevé des chlorures et du chlore (7 gr. 23 et 4 gr. 54). Actuellement, tout tend à rentrer dans l'ordre.

OBS. IV. — Mme J., 40 ans, après une émotion causée par la vue de son mari en état d'ivresse et par des violences subies à cette occasion, manifestait depuis un mois des idées hypocondriaques, de l'inquiétude diffuse. A son entrée, le 24 janvier 1934, elle est nettement anxieuse, pleure, gémit, se plaint d'une sensation d'étouffement, de mort imminente. Aucun signe de lésions organiques à l'examen clinique, mais acétonurie assez forte et rétention chlorée dans le sang (3 gr. 83-1 gr. 98). Réserve alcaline : 54. Dans le liquide céphalo-rachidien, albumine : 0 gr. 40, chlorures : 7 gr. 31, chlore : 4 gr. 56. Nous instituons encore le régime déchloruré strict, une thérapeutique alcalinisante et diurétique. Les jours suivants, après quelques oscillations, l'état mental s'améliore progressivement, l'inquiétude diminue, la sensation d'étouffement disparaît. En même temps, le taux du chlore dans le sang revient à un chiffre normal, la réserve alcaline monte à 62, le liquide céphalo-rachidien renferme 7 gr. 37 de chlorures et 4 gr. 47 de chlore. Par la suite, l'amélioration s'accroît et, le 3 mars, la malade peut sortir. Revue un mois plus tard, elle a un comportement normal, une humeur plutôt gaie et travaille régulièrement.

OBS. V. — Mme A., jeune femme de 30 ans, a toujours présenté de légères tendances cyclothymiques et un basedowisme fruste, mais n'avait jamais eu de troubles sérieux du comportement et son état général était satisfaisant. Les deux ou trois semaines qui ont précédé son entrée ont été marquées par un surmenage physique et émotif intense : soins fatigants et veilles auprès d'une tante, mort de cette dernière, discussions de famille assez violentes. Au moment de l'internement (15 janvier), on constate une vive agitation avec alternatives d'euphorie et de crises de larmes, désorientation, fausses reconnaissances ; en somme, excitation d'allure maniaque avec léger appoint confusionnel et, par intervalle, état anxieux, pleurs sans motif défini. Fièvre légère pendant 8 jours, acétonurie très accentuée, légère azotémie (0 gr. 65), hyperchlorémie (3 gr. 92 et 1 gr. 85), réserve alcaline abaissée (48). Vomissements bilieux. Purgation le premier jour ; puis insuline (40, puis 20 unités) pendant 8 jours, jusqu'à disparition de l'acétone ; régime déchloruré, alcalins, diurétiques.

Progressivement, l'agitation se calme, la désorientation, les fausses reconnaissances disparaissent. Au bout de trois semaines, la malade se comporte presque normalement. A ce moment, l'acétonurie cesse, la réserve alcaline remonte à 58. Seule l'hyperchlorémie se maintient à peu près stationnaire (3 gr. 90, 1 gr. 84). Dans le liquide céphalo-rachidien, on trouve 7 gr. 45 de chlorures, 4 gr. 52 de chlore et 0 gr. 50 d'albumine. C'est seulement le 5 mars que le chlore reprend un taux normal dans le sang (3 gr. 77 ; 1 gr. 63), tandis que la réserve alcaline s'élève à 60. En même temps on voit la malade, jusque là très apathique, reprendre des forces et s'occuper d'une façon pertinente à des travaux de couture.

Dans les cinq observations que nous avons relatées, on a pu voir qu'il s'agissait de syndromes mentaux un peu différents les uns des autres, mais s'accompagnant tous d'états anxieux plus ou moins accusés avec quelques éléments confusionnels. Les premier, troisième et quatrième cas se rattachent assez nettement à la mélancolie anxieuse, le deuxième peut être qualifié « délire aigu » ou « encéphalite psychosique », le cinquième — bien que présentant surtout des symptômes de la série maniaque — s'apparente par bien des points aux « états mixtes » décrits par Kræpelin.

Sauf dans l'observation II, il n'y avait pas chez nos malades de syndrome toxi-infectieux ; ils ne présentaient pas d'albuminurie et leur azotémie était peu marquée et peu durable. Par contre, dans les cinq cas, on trouve une acétonurie notable (réactions de Legal et de Gerhardt fortement positives) et une réserve alcaline au-dessous de la normale (46 à 54 % au lieu de 60).

D'autre part, dans les quatre derniers cas, où le chlore sanguin a été dosé, il a été constaté une rétention chlorée assez nette, tant dans le plasma que dans les globules. Alors que normalement le chlore globulaire ne doit pas dépasser 1 gr. 75 par litre et le chlore plasmatique 3 gr. 50, nous trouvons chez nos malades un taux variant pour le chlore globulaire de 1 gr. 84 à 1 gr. 98 et pour le chlore plasmatique de 3 gr. 83 à 3 gr. 95. Le rapport entre le taux des globules et celui du plasma s'est montré légèrement abaissé (0,43 à 0,47 au lieu de 0,50, rapport normal). Après quelques jours de régime déchloruré, le chlore sanguin revenait à la normale, mais les éliminations de chlorures dans l'urine, malgré le maintien du régime déchloruré, demeuraient importantes. En ce qui concerne ces éliminations, leur quantité exacte n'a pu être évaluée, car nos malades étant assez indociles, on ne pouvait toujours mesurer le volume total des urines émises, mais des échantillons ont été examinés presque chaque jour et l'on a

pu ainsi établir des moyennes d'élimination de chlore par litre pour chaque quinzaine. Nous avons ainsi obtenu les chiffres suivants :

Observation II. — 1 gr. 68 ; 1 gr. 21 ; 1 gr. 57 ; 1 gr. 24.

Obs. III. — 1 gr. 71 ; 1 gr. 50 ; 0 gr. 78.

Obs. IV. — 1 gr. 49 ; 0 gr. 65 ; 1 gr. 15.

Obs. V. — 0 gr. 67 ; 1 gr. 47 ; 1 gr. 88 ; 0 gr. 91.

Le volume des urines par 24 h. (lorsqu'il pouvait être mesuré) variait de 800 à 1.800 gr.

Dans le liquide céphalo-rachidien, le taux du chlore est resté élevé chez les quatre derniers malades (il n'a pas été dosé pour le premier). Les chiffres obtenus ont été les suivants :

Obs. II (délire aigu). — 4 gr. 59.

Obs. III. — 4 gr. 54.

Obs. IV. — 4 gr. 56.

Obs. V. — 4 gr. 52.

Les données qui viennent d'être exposées ont été recueillies sur un petit nombre de sujets, mais les observations citées l'ont été seulement à titre d'exemples. Nous avons choisi celles où les dosages avaient été les plus complets et les plus fréquents. Chez d'autres malades (une dizaine environ), la plupart encore en traitement, nous avons constaté également des états anxieux accompagnés d'acidose et de rétention chlorée sèche et, par une thérapeutique dirigée contre ces deux derniers symptômes, une amélioration rapide des troubles mentaux a été obtenue.

La présente note visant simplement à exposer des essais thérapeutiques, nous n'étudierons pas les relations qui peuvent exister entre rétention chlorée et acidose, non plus que l'influence que peuvent avoir ces phénomènes sur l'état mental.

Il y a évidemment chez nos malades viciation de l'équilibre acide-base et chloropexie tissulaire. Pour expliquer la coexistence de ces troubles avec un état anxieux ou confusionnel, deux hypothèses sont possibles.

On peut supposer que ces troubles, quelle qu'en soit l'origine, constituent la cause déterminante des symptômes mentaux : en altérant la composition du milieu sanguin, en favorisant la fixation du chlore sur les cellules nerveuses de l'écorce cérébrale, ils ont gêné les fonctions psychiques, provoqué des sensations cœnesthésiques pénibles, elles-mêmes génératrices d'anxiété.

Autre hypothèse : le phénomène primitif serait une encéphalite psychosique qui déterminerait en même temps les troubles mentaux et les troubles de la nutrition, en lésant, d'une part,

l'écorce cérébrale, d'autre part, des centres encore inconnus qui régleraient l'équilibre acido-basique et le métabolisme du chlore. C'est un mécanisme analogue qu'invoque Marchand pour expliquer l'azotémie constatée dans les encéphalites psychiques aiguës. Troubles de la nutrition et troubles mentaux n'auraient entre eux aucune relation de cause à effet, mais seraient les effets d'une même cause : l'infection primitive du névraxe.

Entre ces deux hypothèses, il serait prématuré de prendre parti, mais quelle que soit celle qu'on adopte, il est logique de diriger la thérapeutique contre la rétention chlorée et l'acidose. Dans la première hypothèse, en traitant la cause, on traitera l'effet ; dans la seconde, on améliorera l'état général du malade lui permettant ainsi de mieux lutter contre l'état infectieux primitif.

Le traitement que nous avons institué a été le suivant :

Contre l'acidose : insuline, 20, 40, 60 ou même 120 unités, suivant l'intensité de l'acétonurie (injections intraveineuses suivies d'ingestion d'un gramme de sucre par unité d'insuline) ; dans les cas graves, sérum glucosé, citrate de soude, 4 gr. par jour, et, s'il y a baisse importante de la réserve alcaline, injections de 500 gr. à 1 litre de sérum bicarbonaté à 30 pour 1.000.

Contre la rétention chlorée : diurétiques (théobromine, 1 gr. 50, associée au phosphate et au benzoate de soude, lactose, 10 gr., tisanes diurétiques, régime déchloruré strict, sans lait, composé de pommes de terre en robe de chambre, beurre, confitures, riz, fruits).

L'absorption d'eau a été aussi abondante que possible (sous forme de tisanes), pour lutter contre la déshydratation et favoriser la diurèse chlorée. C'est là une nécessité que les anciens auteurs avaient reconnu intuitivement et qui a toujours été signalée dans les ouvrages traitant du délire aigu.

Nous avons employé aussi des antiseptiques urinaires et des vaccins anticolibacillaires dans les cas — assez fréquents — où les urines renfermaient de nombreux leucocytes ou même du pus et des colibacilles. Ce traitement n'a pas influencé d'une façon nette l'état mental. On peut en dire autant des extraits hépatiques et rénaux.

Telles sont les constatations que les observations citées et d'autres analogues nous ont permis d'effectuer. Les cas étudiés ne sont pas suffisamment nombreux et les recherches ne sont pas encore assez complètes pour permettre des déductions pathogéniques ; ces dernières feront l'objet d'un travail ultérieur. Pour

le moment, nous nous contentons de signaler la fréquence de l'acidose et de la rétention chlorée sèche dans les états anxieux et les bons résultats que donnent, au point de vue mental, une thérapeutique alcalinisante et déchlorurante.

Pour terminer, nous noterons une constatation accessoire : chez la plupart des malades dont nous venons de parler, il y a eu, immédiatement avant le début des troubles mentaux, de gros chocs émotionnels et du surmenage. Nous avons indiqué la même particularité en février 1932, dans une communication à la Société Médico-psychologique sur un cas de « *Délire aigu et acétonémie* ».

M. COURTOIS. — La communication de M. Martimor est intéressante puisqu'elle apporte une étude précise des concomitants biologiques de l'encéphalite psychosique aiguë. D'autre part, en suivant ces modifications humérales, la thérapeutique devient plus rationnelle.

J'ajouterai que dans les encéphalites psychosiques aiguës, il existe non seulement une rétention chlorée et azotée du sang (sur laquelle j'ai insisté dès 1928), mais aussi du liquide céphalo-rachidien et du cerveau. Il en est d'ailleurs de même dans d'autres encéphalites aiguës, notamment dans les encéphalites infantiles (compiquant une pneumonie par exemple).

En outre, dans ces encéphalites psychosiques aiguës, on trouve encore une rétention du sucre dans le sang et surtout dans le liquide céphalo-rachidien.

M. MARTIMOR. — L'hyperchlorémie avec acidose ne s'observe pas d'une façon constante dans les encéphalites psychosiques. Dans certains cas, plus rares (nous en traitons un actuellement), on note au contraire de l'hypochlorémie avec alcalose et azotémie assez marquée. La rechloruration donne alors de bons résultats.

Syndrome hallucinatoire et anxieux évoluant depuis 3 ans.

Modifications du liquide céphalo-rachidien et atrophie cérébrale à prédominance frontale (encéphalographie), par MM.

A. COURTOIS, P. PUECH et A. BELEY.

Il nous a paru intéressant de rapporter l'observation clinique suivante non seulement à cause des modifications du liquide céphalo-rachidien qui accompagnent le syndrome mental, mais aussi des résultats de la ventriculographie et de l'encéphalogra-

phie. Ces examens ne sont pas favorables au diagnostic de tumeur cérébrale initialement posé, mais l'encéphalographie fournit une image d'atrophie corticale à prédominance frontale et permet d'envisager d'autres hypothèses que celle de tumeur.

Mme B., âgée de 43 ans, entre au service d'observation de l'hôpital Henri-Rousselle, le 29 novembre 1933.

Antécédents. — Père alcoolique, mort subitement à 70 ans. Mère, 67 ans, débile, bien portante. Une sœur, 47 ans, bien portante ; une autre est morte à 40 ans de tuberculose pulmonaire.

Elle-même a eu la rougeole dans l'enfance.

A signaler qu'elle présente une anomalie congénitale (utérus et vagin doubles). Elle a été réglée à 13 ans de façon normale. Une grossesse à 43 ans a dû être terminée par une césarienne en août 1933. L'enfant est mort.

Vers 20 ans, elle a été traitée pour un début de goitre.

Elle n'a jamais présenté de maladie infectieuse aiguë à complication cérébrale, ni d'affections des cavités de la face (otite, sinusite...).

Les premiers troubles cérébraux remontent à 1926 alors qu'elle avait 35 à 36 ans. Céphalées violentes, empêchant le travail, continues, s'exagérant par paroxysmes au moment des règles, et accompagnées d'agoraphobie et de claustrophobie.

De plus, chaque mois, elle devient irritable, craintive ayant peur de tout ; elle aurait, en outre, présenté à ce moment de courtes pertes de connaissances, qui ne sont pas reproduites depuis.

Progressivement elle exprime de plus, toujours pendant la période cataméniale, de véritables idées délirantes : jalousie de son mari ; idées de persécution : se sentait poursuivie, croyait qu'il y avait, dans l'appartement au-dessous de chez elle, des agents en civil pour l'espionner. Idées de ruine et de mort, avec crainte d'être emmenée en prison. Onirisme nocturne : bruits et visions pénibles.

Une fois les règles disparues, elle rectifiait entièrement ses erreurs, et disait en riant qu'elle « s'était figuré des tas de choses ».

Cet état a duré trois ans, lui permettant d'ailleurs de poursuivre ses occupations.

Le 4 novembre 1929 elle entre une première fois à l'Hôpital Henri-Rousselle, présentant un état anxieux intense avec craintes de persécution. La police la suit, on veut l'emprisonner, lui prendre ses meubles, son logement. Des agents sont dans l'appartement voisin, elle entend leurs voix, on va l'arrêter. Tentative de suicide par empoisonnement (strychnine, teinture d'iode, thérébentine). Dans le service elle apparaît réticente, mais l'anxiété diminue rapidement et elle sort après un séjour d'une semaine.

A ce moment les examens suivants sont pratiqués : Sang : Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs. Azotémie, 0,18. Fond d'œil, normal. Métabolisme basal augmenté de 5,7 0/0.

Depuis sa sortie, elle peut reprendre ses occupations, mais elle reste bizarre, irritable, jalouse. La dépression persiste s'accompagnant d'idées de persécution épisodiques (méchancetés, poursuites dans la rue, craintes d'arrestations). Elle accusait son mari d'agir sur elle, de la faire parler pendant son sommeil.

En novembre 1933, les troubles deviennent plus intenses, elle se plaint de ne plus pouvoir rester chez elle tellement les bruits, les voix « qui causent de vilaines choses » ont fini par lui rendre la vie impossible. Dépression, pleurs, finalement tentative de suicide (gaz), qui motive la seconde entrée dans le service.

A ce moment sa présentation est variable, tantôt anxiété intense, s'irrite et se lamente de tout ce qu'elle endure, tantôt euphorie, rires sans motif, plaisanteries, tantôt enfin thèmes mélancoliques.

En outre un élément confusionnel n'est pas douteux. Elle ne sait souvent pas où elle est, ne reconnaît pas sa mère à la visite, présente de fausses reconnaissances. Elle se plaint qu'il y ait beaucoup de monde autour de son lit, des gens qui viennent exprès l'insulter. Parfois elle reconnaît le caractère pathologique des « voix » dont elle se plaint. Elle explique que sa tentative de suicide lui aurait permis d'échapper à tout ce qu'elle subissait.

Même dans les périodes où l'anxiété disparaît, l'activité reste nulle et la malade passe toute sa journée immobile dans son lit.

Elle ne s'intéresse pas à l'entourage et ses sentiments affectifs vis-à-vis des siens paraissent émoussés.

Devant ce tableau, on pense d'abord à un état anxieux en rapport avec un délire de persécution hallucinatoire, en partie masqué chez une malade très réticente. Il n'existe pas de troubles neurologiques, les réflexes tendineux sont vifs, mais égaux. Pas de tremblements. Tension artérielle 15-9 (Pachon). La cause de ce syndrome restait inconnue.

Les examens du liquide céphalo-rachidien donnant les résultats suivants motivent de nouvelles investigations :

Dates	30-11-33	8-12-33
tension	»	55 (assise)
albumine	0,80	1,10
Pandy	++	++
Weichbrodt ...	+	+
leuco	0.	0,2
benjoin	00000.12222.20000	00000.22222.22220
B.-W.	négatif	négatif
Meinicke	positif	positif

Dans le sang : Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn, négatifs. Azotémie, 0,16.

Examen hématologique. Hématies : 3.800.000, gl. blancs : 6.000, formule normale. Hémoglobine (Sahli), 80. Valeur globulaire : I. (Mlle Salamon).



Urines sans éléments anormaux sauf 0,06 0/00 d'albumine.

Ex. oculaire (2 et 12 décembre). Pupilles normales, égales, réactions à la lumière et à l'accommodation rapides. Acuité 10/10 de deux côtés, fond d'œil normal, pas de paralysie oculo motrice. (Lagarde).

On pense à une tumeur cérébrale surtout à cause de la dissociation albumino-cytologique et malgré l'absence de stase papillaire.

La malade est transférée dans le service de neurochirurgie du Dr Clovis Vincent où les examens complémentaires furent pratiqués.

Une radiographie crânienne ne montre pas d'anomalies appréciables. La ventriculographie faite après trépanation postérieure et ponction ventriculaire révèle des ventricules à peine dilatés, mais en place et non déformés, donc sensiblement normaux.

Mais l'encéphalographie, après insufflation des espaces sous arachnoïdiens par voie lombaire, apporte en partie la solution de ce problème difficile, en montrant une atrophie cérébrale assez diffuse, mais très marquée au niveau des lobes frontaux spécialement du côté droit (voir page 548).

Ajoutons que ces interventions, ainsi que les ponctions lombaires, furent bien supportées et ne modifièrent en rien le syndrome mental.

A la Pitié, la malade reste turbulente, anxieuse et confuse. Elle fait même une tentative de suicide en essayant dans la salle de radiographie, d'avaler un révélateur photographique ; une autre fois, on l'arrête dans l'escalier, entraînant une autre malade par la main.

En mars 1934, à son retour dans le service, le tableau mental est le suivant : obnubilation intellectuelle avec bradypsychie, réponses stéréotypées, indifférence croissante. Attitudes hallucinatoires, syndrome délirant actif malgré les réticences et les dénégations, trahies par les réponses classiques « vous savez mieux que moi, vous êtes au courant », ou dans les moments d'impatience « il faut en prendre ou en laisser ». « On fait passer quelqu'un à ma place. » Se plaint surtout de bruits continus d'appareils qui ne cessent pas depuis 3 ans, bruits de moteurs d'avions, gens qui viennent l'insulter et lui dire de « vilaines choses ». Croit qu'on agit sur son cerveau, qu'on veut l'endormir, on doit profiter de son sommeil. Hallucinations olfactives, cutanées et génitales probables.

Dit ne pas savoir qui lui fait tout cela et pour quels motifs.

Elle reste très anxieuse et son état nécessite une surveillance continue. Souvent elle réclame ses habits pour sortir, parfois elle se lève subitement et essaie de fuir comme pour éviter un danger imminent.

Les examens neurologique et oculaire ne révèlent aucune anomalie appréciable.

La malade, que des motifs administratifs empêchent de conserver plus longtemps, est placée à l'Asile Sainte-Anne, le 9 mars 1934.

En somme, l'histoire de cette malade peut se résumer brièvement ainsi : céphalées violentes, surtout au moment des règles, il y a 7 ou 8 ans (1926) ; ensuite, de façon épisodique, hallucinations auditives, craintes de persécution et anxiété à exacerbation cataméniale, tentative de suicide en 1929. Persistance depuis cette date d'idées de persécution avec hallucinations en partie masquées par la malade. Nouvelles tentatives de suicide au cours d'un état anxieux récent, apparence d'évolution vers un affaiblissement intellectuel. Les céphalées ont disparu. Pas de signes neurologiques. Dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien sans symptômes nets d'hypertension intracrânienne. Légère dilatation ventriculaire, mais atrophie importante des circonvolutions, spécialement du pôle frontal, surtout à droite.

Si le diagnostic de tumeur cérébrale ne peut être définitivement éliminé, il paraît du moins assez improbable après les résultats de la ventriculo et de l'encéphalographie.

Faut-il plutôt penser à ce qu'on décrit sous le nom de méningite séreuse ou d'arachnoïdo-piémérite séreuse cérébrale (H. Claude). Mais, encore que cette affection ait une symptomatologie assez variable, on ne retrouve pas dans notre cas ses principales caractéristiques : syndrome d'hypertension intracrânienne à début assez souvent brusque, évoluant par poussées, amélioré par la ponction lombaire, signes neurologiques d'excitation corticale, enfin absence de modifications du liquide céphalo-rachidien qui présente seulement dans certains cas une diminution du taux de l'albumine. De plus, la notion des facteurs étiologiques (traumatisme, infections des cavités cranio-faciales) manque dans notre cas.

Le diagnostic qui reste le plus vraisemblable est celui d'une atrophie cérébrale à prédominance frontale, mais la cause même du processus atrophique reste méconnue. Sans doute on peut penser en raison des modifications céphalo-rachidiennes à une encéphalite inflammatoire d'origine indéterminée.

D'autre part, le diagnostic d'une maladie de Pick se présente à l'esprit. Mais cette affection à laquelle Caron (2) vient de consacrer son importante thèse apparaît à un âge assez avancé et appartient au cadre des démences dites préséniles. D'ailleurs le syndrome mental habituel où domine l'affaiblissement intel-

(1) H. CLAUDE. — L'arachnoïdo-piémérite séreuse cérébrale. *Rev. Neurol.*, juin 1933, p. 825-850.

(2) M. CARON. — Étude clinique de la maladie de Pick. Thèse Paris, 1934. Vigot, éd.

lectuel avec disparition des notions acquises et surtout du stock des mots est bien différent de celui réalisé chez notre malade.

Il faut cependant signaler les modifications du liquide céphalo-rachidien qui peuvent s'observer dans la maladie de Pick. Ainsi dans le cas de Guiraud, Y. Le Cannu et Caron il y avait : albumine, 0,50 ; Pandy + leucocytose normale : 1. Benjoin dont la précipitation s'étend comme dans notre cas dans la zone ménigitique, 00000.02222.22100. B.-W. et Meinicke négatifs.

Mais peut-être la « maladie de Pick » est-elle seulement un syndrome à facteurs étiologiques multiples ce qui expliquerait les divergences d'opinion des auteurs à son sujet.

Et pour en revenir à notre cas, seule l'évolution de la maladie et plus tard le contrôle anatomique permettront de compléter l'observation et peut-être révéleront la cause du syndrome mental, des modifications du liquide rachidien et de l'apparence d'atrophie frontale constatée à l'encéphalographie.

M. DUBLINEAU. — Cette malade a été mise en observation dans le service du Professeur Claude. Son comportement s'est modifié au point de vue clinique. Dans les dernières semaines, l'état subconfusionnel du début s'était atténué. Elle pouvait, dans une certaine mesure, donner quelques détails sur le début de sa maladie, les circonstances actuelles : en particulier, les troubles psychosensoriels paraissaient persister d'une façon très active. On parlait d'elle dans la salle, on dévoilait tout son passé. De l'ensemble des propos se dégageait un besoin de justification incessant et monotone à l'égard des phrases entendues. Néanmoins, il n'y eut jamais de thème délirant précis.

Parallèlement à cette amélioration clinique relative, des ponctions lombaires successives mirent en évidence des modifications de la formule. Celle-ci garda sa dissociation albumino-cytologique. Par contre, l'extension du benjoin vers la droite s'atténua peu à peu. Voici les résultats des trois examens successifs du liquide céphalo-rachidien :

	14 mars 1934	26 mars 1934	11 avril 1934
Albumine	1 gr. 80	1 gr. 70	1 gr.
Cytologie	2	2	2
Bordet-Wasserman ..	0	0	0
Benjoin colloïdal.....	11111.00012.22000	00000.02222.10000	00000.02222.20000
Pandy.....	+++	+++	+++
Tension (couché).....	22-17	—	23

Signalons, chez cette malade, l'existence de petits troubles hépatiques (Teinte très légèrement subictérique, s'étant accentuée passagèrement vers la fin, mais sans décoloration des matières ; épreuve de la glycosurie alimentaire positive).

M. COURTOIS. — En somme, à une troisième ponction, les modifications céphalo-rachidiennes sont redevenues ce qu'elles étaient à la première ponction.

Démence précoce à forme délirante. Disparition des hallucinations et du délire au cours d'une fièvre typhoïde grave,
par MM. G. HEUYER et TISON.

OBSERVATION. — La malade G. Simone, âgée de 16 ans 1/2, nous fut envoyée, le 17 février 1931, par le Dr Fayolle, de Chartres. Antécédents héréditaires : parents bien portants et normaux.

Frère, 23 ans, fait le doctorat en droit ; sujet très brillant.

Sœur, 20 ans, a passé son baccalauréat.

Antécédents personnels : grossesse normale, accouchement difficile, présentation par le bassin. Poids 3 k. 500 à la naissance, cri immédiat. Première dent à 6 mois. Marche à un an. Parole à deux ans. Propreté à 15 mois.

Donc, développement psycho-moteur normal.

Scolarité de 7 à 14 ans.

Jusqu'à 9 ans, santé normale. A 9 ans, dépression générale et fatigue qui nécessitèrent une cure thermale à la Bourboule.

A 10 ans, érythème polymorphe avec rhumatisme pendant 8 ou 10 jours, fatigue générale, traitement à Amélie-les-Bains.

A 12 ans, apparition des règles.

Jusqu'à 14 ans, Simone s'est montrée une écolière normale, sans être pourtant un sujet d'élite.

A 14 ans, changement dans le caractère, diminution du rendement scolaire et irritabilité. Elle est devenue susceptible. Interprétations morbides. Elle a raconté aux domestiques qu'un jeune ouvrier la regardait, elle n'en parlait pas à ses parents. Elle n'a plus voulu retourner en classe. Elle est devenue irritable. Elle riait de façon impulsive, sans raison.

C'est au début de février 1931, c'est-à-dire 15 jours ou 3 semaines avant de venir nous consulter, que le travail est devenu complètement impossible.

Vers le 5 ou 6 février elle eut une crise nerveuse avec sanglots, dépression, irritabilité, insomnie et sentiment de grande fatigue. La veille de la consultation, elle avait, à deux reprises, levé la main sur sa mère.

A l'examen, elle s'est montrée indifférente, nullement étonnée de nos

questions, avec des sourires niais et, par intervalles, des rires explosifs. L'examen du niveau mental fut ce jour-là difficile à apprécier ; elle ne réalisait pas les tests de 8 ans de Terman. Ses troubles du caractère, ses rires, le refus de répondre, l'opposition, ne permirent pas de faire un niveau mental très détaillé. Par contre, on put mettre en évidence de façon certaine un automatisme mental avec prédominance d'hallucinations psychiques : « des voix dans la tête disent des choses désagréables » — prise et écho de la pensée — très net énoncé des actes — mentisme hypnagogique « ça me court dans la tête, ça me fait des fantômes ; je les entends, ils disent des choses grossières ».

Au point de vue physique, cyphose très marquée, myopie, accrocyanose et refroidissement des extrémités ; vivacité des réflexes tendineux ; aucun signe viscéral. Tension artérielle = 12,8.

La malade entra dans une maison de santé où elle fut suivie régulièrement.

Le 25 mars 1931 on note : hallucinations auditives : entend des injures et des menaces. Prise et écho de la pensée. Automatisme visuel, voit des personnages et des animaux menaçants. Fond d'indifférence affective. Ne veut pas voir sa famille ; pourtant en présence de son père et de sa mère, tristesse, larmes, témoignage, en apparence, d'une émotion justifiée. Mais rires et pleurs souvent immotivés. Impulsions, refus d'aliments par intervalles.

24 avril 1931 : même état discordant, avec persistance du syndrome hallucinatoire auditif et visuel : entend des menaces, voit des animaux féroces. Réactions variables ; quelquefois anxiété, ou rires impulsifs, suivis de larmes et sanglots. Opposition, refus de répondre. Indifférence quand on lui parle de sa famille. Hostilité, résistance à l'examen.

16 juin 1931 : affaiblissement psychique, discordant, avec syndrome d'automatisme mental. Hallucinations auditives. Echo de la pensée. Conversations avec des personnages imaginaires. Indifférence affective. Rires impulsifs. Incurie, incontinence des urines et des matières dans sa chambre. Inactivité, refus d'exécuter le moindre travail. Masturbation fréquente. Démence précoce.

18 août 1931 : persistance de l'état hallucinatoire, mais le contenu hallucinatoire paraît plus agréable. Prise de la pensée et idée d'influence. Surtout indifférence affective. Incurie. Inactivité. Rires impulsifs et immotivés. Absence d'effort. Fatigabilité. Calme relatif qui permet d'établir un niveau mental. Ne peut réaliser aucun test de 9 ans de Terman, sauf la répétition des 4 chiffres à rebours. Bonne mémoire, mais troubles de la logique. Raisonnement nul. Incapacité de faire des comparaisons (différence ou ressemblance), de réunir trois mots dans une phrase. Il y a un affaiblissement mental global avec discordance. Au point de vue physique, tendance à une obésité progressive, tachycardie : 96.

10 octobre 1931 : apparition d'une fièvre qui prend le type d'une fièvre continue.

15 octobre : hémoculture positive au bacille d'Eberth. La courbe de la température est la courbe typique d'une fièvre typhoïde.

18 octobre : fièvre typhoïde évoluant chez une démente précoce : fièvre continue, taches rosées, grosse rate, pouls 116, pâleur et un peu de prostration, tension artérielle = 11,8, hémoculture positive à l'Eberth. Début du 2^e septenaire, la fièvre typhoïde évolue de façon grave.

Le 22 octobre, on note : hyperthermie 41°, pouls 120, bruits du cœur sourds, douleur et défense de la fosse iliaque droite.

26 octobre : fièvre typhoïde au début du 3^e septenaire. Prostration plus accentuée. Légère rémission thermique, taches rosées, grosse rate, pouls à 120, ballonnement abdominal et défense musculaire, toux, râles sous-crépitaux aux deux bases et surtout en foyer à la base gauche, bruits du cœur un peu sourds, tension artérielle = 11,8.

27 octobre 1931 : hémorragie intestinale abondante, *crise épileptique* post-hémorragique avec perte de connaissance, morsure de la langue. Ataxo-adynamie, trémulation, défense de la paroi abdominale à droite, pouls : 124, mais bruits du cœur bien frappés, tension artérielle = 11,7, avec très faibles oscillations maxima.

29 octobre : état toujours grave. L'hémorragie intestinale paraît arrêtée, méloëna, la température baisse légèrement et progressivement, le pouls reste rapide à 128, l'état ataxo-adynamique persiste, trémulation, troubles vaso-moteurs, assourdissement des bruits du cœur, respirations : 34.

31 octobre : état toujours grave, ataxo-adynamie. L'hémorragie a cessé, mais il existe une trémulation généralisée avec polypnée surtout toxique (36 R.) ; pouls : 128, pâleur, onirisme à forme de révaserie, quelques râles à la base droite, début d'escarre sacrée. Tension artérielle = 11,7.

8 novembre : amélioration nette de l'état général, moins de stupeur et de prostration, disparition de l'ataxo-adynamie, respiration 28, pouls 104, tension artérielle = 13,8. Toutefois persiste de la fièvre qui reste continue, 39° le soir, 38,8 le matin, persistance aussi de taches rosées abondantes, douleur abdominale dans la fosse iliaque droite, sans défense musculaire et sans localisation possible, foyer de sous-crépitaux à la base droite, escarre sacrée et fessière superficielle. Etat grognon, peu de sommeil et cris nocturnes.

12 novembre : amélioration progressive, mais persistance de l'état fébrile avec irrégularités thermiques, douleur vésiculaire avec défense légère, toute la fosse iliaque est douloureuse. Il y a eu un vomissement.

19 novembre : amélioration nette, disparition de la stupeur et de la prostration, baisse progressive de la température, persistance de la tachycardie, pouls 120, nette défense dans la fosse iliaque droite.

On note, au point de vue mental, des réponses nettes, vives, rapides, pertinentes et précises.

22 novembre : amélioration générale avec toujours quelques râles sous-crépitaux à la base droite, et douleur dans la fosse iliaque droite avec un peu de défense, pouls rapide à 120, respirations bonnes = 20. Disparition complète de la prostration et de la stupeur. La malade réclame à manger, voudrait voir ses parents, pleurniche parce qu'elle ne les a pas vus depuis longtemps. Réclame ses lunettes pour voir les gens autour d'elle.

28 novembre : température à 37°, pouls encore à 108, très instable, devenant rapide à la moindre émotion. Disparition des signes pulmonaires. Bon état cardiaque. Disparition des douleurs abdominales spontanées, mais persistance d'une légère défense musculaire dans la fosse iliaque droite. La malade est encore un peu anxieuse, crie, dort mal.

On note ce jour-là : disparition des hallucinations. Elle dit elle-même : « Je n'entends plus de voix », mais persistance d'un état de puérilité dans les propos, le ton de la voix, le jeu avec la poupée.

4 décembre : guérison de la fièvre typhoïde, mais apparition de troubles de la motilité des membres inférieurs. Diminution de la force musculaire, atrophie musculaire, très grande faiblesse des réflexes rotuliens, flexion plantaire des orteils, légère hyperalgésie musculaire, gâtisme, antérieur aux troubles neurologiques, mais qui ne s'accompagne pas d'anesthésie vésicale ni rectale, phlyctènes des deux talons, tachycardie persistante. On porte le pronostic de polynévrite ou de myélite.

13 décembre : les troubles myélitiques s'accroissent, diminution de la force musculaire, abolition des réflexes rotuliens et achilléens, atrophie musculaire, gâtisme. Au point de vue mental, disparition des hallucinations, mais affaiblissement intellectuel, niveau mental de 8 ans à peine. Puérilité, grossièretés. Par intervalles, manifestations anxieuses, cris notamment quand on essaie de mobiliser les membres inférieurs. Aggravation progressive des troubles neurologiques.

15 janvier 1932 : myélite de forme ascendante, paraplégie complète avec abolition des réflexes tendineux, atrophie musculaire, abolition de la sensibilité jusqu'à D. 8, troubles trophiques, escarre des talons et début d'escarre sacrée, gâtisme par incontinence des sphincters. Depuis 15 jours, participation des membres supérieurs avec abolition des réflexes tendineux, main tombante, pas de troubles de la sensibilité, atrophie musculaire diffuse, pouls 96. Au point de vue mental, disparition de tous les troubles psycho-sensoriels, affaiblissement psychique de plus en plus manifeste, niaiserie, pleurnicheries, cris par intervalles, conservation d'une certaine affectivité.

La mort est survenue le 3 février par atteinte bulbaire avec tachycardie progressive et troubles respiratoires.

En résumé : démence précoce avec affaiblissement psychique discordant et syndrome d'automatisme mental classique. Au cours d'une fièvre typhoïde de forme grave, disparition totale du syndrome d'automatisme mental avec persistance de l'affaiblissement psychique, dont la dissociation intellectuelle a d'abord été évidente, puis a laissé place à un affaiblissement simple quand sont apparus les troubles nerveux graves qui ont amené la mort. En effet, cette fièvre typhoïde s'est montrée particulièrement neurotrope puisque est apparue une crise d'épilepsie nette et solitaire à la suite d'une hémorragie intestinale et, qu'à la convalescence, une myélite ascendante à forme de Landry a fini par emporter la malade, avec des accidents bulbaires.

Dans de multiples observations que l'un de nous a publiées, il a noté l'apparition du syndrome d'automatisme mental à l'occasion d'un état infectieux ou toxique, aigu ou chronique. Cette fois, il s'agit de la disparition du syndrome d'automatisme mental au cours d'une infection grave.

On pourrait en inférer qu'un traitement pyrétothérapique expérimental pourrait être favorable au traitement d'une démence précoce avec syndrome hallucinatoire, mais en réalité tous les traitements pyrétothérapiques que nous avons pratiqués dans des cas de ce genre, même la malariathérapie, se sont montrés inopérants.

C'est donc surtout en nous plaçant à un point de vue doctrinal que nous avons cru intéressant de rapporter cette observation de démence précoce, dans laquelle, au cours d'une fièvre typhoïde, nous avons noté la disparition du syndrome d'automatisme mental et la persistance de l'affaiblissement intellectuel, qui reste le syndrome essentiel et fondamental de la démence précoce.

M. LÉVY-VALENSI. — J'ai observé, à la Salpêtrière, le cas d'une démente catatonique, dont j'ai publié autrefois l'observation, avec M. Claude. Cette malade avait été considérée, d'abord, comme une hystérique. Ayant contracté une fièvre typhoïde, elle parut complètement guérie de ses troubles mentaux pendant les trois semaines que dura la maladie, à laquelle elle succomba.

M. FRIBOURG-BLANC. — J'ai essayé de traiter, par la malariathérapie, un assez grand nombre de déments précoces. Dans un seul cas, cette thérapeutique a déclenché une rémission importante, qui dura six mois. Mais la maladie continua à évoluer par la suite, et le malade est interné depuis plusieurs années. L'observation de cette rémission a été communiquée au Congrès de Genève-Lausanne, en 1926.

M. BEAUDOUIN. — J'ai observé une paranoïaque délirante et hallucinée, qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, fut améliorée temporairement. Ses hallucinations disparurent et son caractère devint beaucoup plus facile. L'amélioration dura plusieurs mois.

Etat schizomaniac, crises délirantes par poussées à caractère oniroïde. Eléments intuitifs et compensateurs, par MM. H. CLAUDE, J. DUBLINEAU, Henri EY et P. RUBENOVITCH.

Nous rapportons dans ce travail un cas offrant, sous certaines réserves, des analogies cliniques remarquables avec celui que nous avons récemment publié (1). On y trouve un épisode à forme oniroïde et mystique, au cours duquel la femme voulut mettre à l'épreuve, sur un mort de l'hôpital où elle était infirmière, un pouvoir de résurrection dont elle se croyait investie.

Par la suite, s'est développé un état d'exaltation avec délire qui a cessé assez rapidement. Nous nous proposons d'insister sur le double caractère oniroïde et intuitif de ce délire, sur sa valeur *d'état crépusculaire*, où l'on retrouve des linéaments de la pensée onirique (intuitions non critiquées, scéniques, dramatiques, pensée à type affectif). Cette construction délirante s'adresse dans ce cas beaucoup plus à l'ensemble des situations et des événements du monde extérieur qu'aux sentiments de la personnalité et du corps propre, par quoi elle se distingue des « états dysesthésiques » dont nous avons fourni un exemple à la dernière séance de la Société (2).

OBSERVATION. — Mlle L..., 35 ans, entre le 23 octobre 1933 à la clinique.

Antécédents héréditaires. — Père mort quelques mois plus tôt d'angine de poitrine. Mère présentant des crises comitiales depuis l'âge de 18 ans, peu fréquentes, mais typiques.

Antécédents collatéraux. — L. est la neuvième d'une famille de dix enfants. Aucun stigmatisme d'épilepsie chez les frères et sœurs.

Antécédents personnels. — Originaire du Nord. Etudes primaires et professionnelles. Réfugiée de guerre. Milieu très croyant. Enfance boudeuse. Piété plutôt exagérée d'après l'entourage. Entêtement auto-

(1) CLAUDE (H.), DUBLINEAU (J.) et RUBENOVITCH (P.). — Troubles psychiques de type mystique. Etat oniroïde et confusionnel avec pouvoir de résurrection. Crises nerveuses avec émission d'urine. Possibilité d'un état comitial. *Ann. Méd. psychol.*, janvier 1934, p. 103.

(2) CLAUDE, EY, MIGAUT. — Etat dysesthésique de structure comitiale. *A.M.P.*, mars 1934.

ritaire. Discussions sur des détails, qui la rendaient parfois insupportable en famille et la conduisirent rapidement à faire sa vie hors de chez elle. Velléités altruistes précoces cherchant sans cesse à s'extérioriser. Jamais d'impulsions, de fugue ou de somnambulisme.

De 18 à 22 ans, est gouvernante en Espagne. Se croyait alors une vocation religieuse. Revient ensuite dans sa famille. Entre temps, se laisse séduire par son beau-frère dont elle a une fille qui meurt au bout de quelques mois. Remords ultérieurs avec lutte contre elle-même, dont elle sort victorieuse. Commence alors à Bordeaux, avec enthousiasme, des études d'infirmière et trouve là, dit-elle, le moyen de satisfaire son besoin de charité et de vivre « en servant Dieu ». Efforts simultanés pour poursuivre « son perfectionnement moral » par des pratiques religieuses assidues, « trop assidues », dit sa famille.

Entre à l'Assistance Publique à Paris, ayant son diplôme d'Etat, mais se fait mettre bientôt en congé pour parfaire « des études religieuses à Cambrai ». Un an plus tard, entre comme professeur dans une école ménagère, mais quitte sa place pour mésentente avec la Directrice : « Nous voulions toutes deux commander. » Revient à Paris, rentre à l'Assistance, comme infirmière, vivant avec deux personnes qui « partagent son idéal de Foi et de Charité ».

En juin 1933, son père meurt. Pendant sa courte maladie, elle l'avait soigné avec dévouement, surmenée par son travail à l'hôpital et les nuits sans sommeil passées auprès de lui.

Ce choc émotif semble avoir joué un rôle important dans l'apparition des troubles qu'elle a présentés par la suite, car c'est à dater de ce moment que les événements se précipitent.

Elle part en septembre à Cambrai comme les années précédentes, souffrant de malaises vagues et de fatigue cérébrale, pour accomplir une retraite. Elle y reste quinze jours, et en revient dans un certain état d'exaltation mystique.

Cependant, cet état n'offrait encore apparemment aucun caractère nettement pathologique.

Elle reprend son travail à l'hôpital. Mais, très rapidement, apparaît une inquiétude croissante, confinant bientôt à l'anxiété. Elle craint d'avoir contracté la syphilis accidentellement avec une piqûre, elle interprète bizarrement l'attitude de ses collègues et de l'interne à ce sujet. Par ailleurs, elle a, un jour, l'intuition soudaine que ce dernier est tombé amoureux d'elle. « Je vivais, dit-elle en parlant de ses troubles, *dans un rêve*. Cette histoire de syphilis me revenait toujours. Je sentais comme la présence réelle, c'est-à-dire que je *pensais avoir le pouvoir de guérir les malades de la syphilis en les touchant par le contact sexuel*. J'ai voulu aller dans la cellule d'un homme pour cela. Elle était fermée. Les idées de ma retraite, *je les revivais comme si les textes évangéliques étaient actuels*, je m'entêtais dans certaines voies, je faisais des séries d'actes avec une foi aveugle... J'avais la foi dans ce qui me passait par l'esprit. »

C'est ainsi qu'un soir, en rentrant chez elle, avec une amie, ayant dépensé presque tout son argent pour acheter des objets aux malades, elle est « tout heureuse » de pouvoir faire la charité à un vagabond avec ses derniers sous. La nuit suivante est pénible : une « odeur de mort » l'incommode, qui lui rappelle l'odeur dégagée par le corps de son père décédé pendant les grandes chaleurs... elle a des sensations sexuelles anormales. Elle croit qu'elle va mourir ; elle sent une chaleur aux mains, pense alors qu'elle va recevoir les stigmates : elle essaie de s'enfoncer dans la chair d'anciennes épingles à cheveux, mais s'arrête, car elle n'a pas le droit de se donner la mort. L'angoisse dure toute la nuit, L. ayant l'impression de « vivre pendant cette nuit les dernières heures de la Passion de N.S. ».

Au petit jour, elle se met à écrire des textes de l'Écriture. Depuis quelques jours, elle avait déjà classé tous les objets qu'elle possédait. Les textes qu'elle écrit s'adaptent à chacune des personnes à qui elle destine ces objets. Elle pense qu'ils lui venaient par intuition : ils lui étaient inspirés par le Saint-Esprit. Ce n'étaient pas des réminiscences. Ils lui étaient « réellement inspirés ». Elle est ravie de voir que les versets s'adaptaient parfaitement aux gens. Certains comportent des prédictions (*tel neveu sera prêtre, une nièce entrera au Carmel*, etc.).

Le matin, elle va à la messe, hésite et demande l'Extrême-Onction, communie. « Elle sent alors la présence réelle, ce qu'elle sentait obscurément depuis quelques jours ». Elle sentait en elle un courant de vie, comme s'il y avait deux vies en elle, mais une vie bien plus intense. Elle avait l'impression qu'il lui venait des « séries d'intuitions ». « Cela m'obligeait à rester là, à adorer la présence réelle. » « Je me pensais en Notre Seigneur, j'étais étonnée et ravie. »

Cependant, elle était toujours extrêmement anxieuse, souffrant d'être venue seule à la messe, pensant à chaque instant qu'un fanatique allait venir lui transpercer le cœur.

Elle se rend alors sur la zone, à l'adresse du chômeur rencontré la veille (elle la lui avait demandée pour aller visiter les pauvres gens qui vivaient dans les baraques). Mais en arrivant, elle est prise d'un tremblement, d'« une peur formidable », se demandant tout à coup ce que cet homme avait pu faire de sa compagne avec qui elle l'avait laissé la veille. Elle ne le trouve pas chez lui, et aussitôt a l'intuition que *son amie a été coupée en morceaux et cachée chez une voisine*. Terrifiée, elle appelle Police-Secours. Les policiers fouillent la zone sans résultat. Le commissaire parvient enfin à calmer son inquiétude (sans paraître d'ailleurs, à aucun moment, soupçonner la nature pathologique de son état).

Bouleversée, elle revient prendre son service à l'hôpital. Chemin faisant, elle se remémore, comme elle le faisait souvent, un sermon entendu au cours de sa retraite et, en particulier, il lui revient à la mémoire le *récit de la Résurrection de Lazare*. Elle se demande aussi quel acte de charité Dieu va lui donner à accomplir ce jour-là.

Comme elle franchit le porche de l'hôpital, elle voit une femme en larmes, à qui l'on vient d'apprendre la mort de son mari. Elle s'empresse auprès de cette malheureuse, la console, l'entraîne doucement afin de la mener à l'amphithéâtre où repose le corps de son mari.

A ce moment précis, il lui vient « tout naturellement » à l'esprit *l'idée que Dieu l'a choisie pour ressusciter le mari de cette femme, comme il avait choisi Jésus pour ressusciter Lazare* : tel était le « superbe acte de charité qu'elle devait accomplir ce jour-là ».

Mise en présence du cadavre, elle s'approche, dénoue la mentonnière et dit d'une voix forte : « Lazare, sors du tombeau ! » Elle répète cette phrase trois fois. Devant l'inanité de ses efforts, elle se dit qu'elle s'y prend mal, et décide soudain d'agir « comme il est dit dans les Prophètes » : elle s'étend brusquement de tout son long sur le cadavre, colle les lèvres à sa bouche, et souffle de toutes ses forces « pour lui insuffler la vie ».

Le garçon d'amphithéâtre l'écarte enfin. Elle résiste. Les autres personnes, frappées de stupeur, sortent pour appeler à l'aide. Le garçon court chercher du renfort.

Restée seule, elle s'enferme, et se rappelle alors *l'épisode de saint Julien-le-Pauvre guérissant un lépreux en se substituant à lui*. Elle décide, sur le champ, de se substituer au mort pour lui donner la vie. Elle le découvre, elle-même se dévêt entièrement, et au moment où elle allait lui passer sa tenue d'infirmière, on pénètre de force dans l'amphithéâtre.

On lui arrache le corps qu'elle étreignait. A ce moment précis elle *croit reconnaître dans ce cadavre un jeune Cubain* qu'elle avait soigné, et qui était mort 18 mois auparavant. Elle avait eu pour lui un sentiment très prononcé, que ses principes religieux avaient vite fait dévier vers un plan idéaliste. *Le cadavre avait pris soudain la même position que prenait le Cubain quand il priait avant sa mort : donc c'était lui*.

Elle nous a dit depuis, en parlant de cette période qui a duré cinq ou six jours : « Je fabriquais des histoires avec tout. Je me recroyais enceinte. Les lumières de la rue m'ont excitée d'une façon épouvantable. Les étincelles des tramways, il me semblait que c'étaient des rayons intraviolets. La lueur intermittente au passage des tramways me paraissait sanctionner ce que je disais comme s'il y avait correspondance. *J'ai vécu la fin du monde*. Je croyais qu'il y avait la guerre. Je m'imaginais que l'on pouvait se marier comme on voulait, que ma sœur pouvait se remarier. Les pensées défilaient... J'ai cru, un instant, que j'étais dans un couvent, que des événements affreux allaient se déclencher. L'état de raison s'est présenté brusquement. »

On crut avoir affaire à une perverse qui se serait livrée à une manifestation de nécrophilie, et on la dirigea sur la Salpêtrière. Elle demeura un mois chez le Dr Crouzon, se comportant comme une maniaque. Son état persistant, elle fut internée. Notons qu'elle ne paraissait pas confuse et qu'elle était bien orientée.

A la Clinique, d'abord assez réticente, elle présenta par la suite une phase d'excitation érotique avec idées érotomaniaques polarisées sur l'interne de son service hospitalier (lettres, tutoiement, familiarités scabreuses). Elle croyait qu'il l'attendait à la porte pour la faire sortir ; elle cherchait continuellement à fuir, au point qu'elle dut être camisolée pendant quelques jours. Puis elle se crut mariée, mère de nombreux enfants, etc...

Parallèlement à l'état hypomaniaque et érotique persistait un syndrome d'influence à thème mystique (poussée par une force surnaturelle, sentiment d'inspiration divine) et par moments allégation de méditations à thèmes religieux, entrecoupés d'idées d'indignité et d'auto-accusation. Pendant quelques jours, le mélange des thèmes mystiques et érotomaniaques fut tel que la malade parut tout à fait incohérente.

Peu à peu, cependant, l'agitation psycho-motrice diminuait, avec réduction progressive des thèmes érotomaniaques, puis mystiques. A ce moment pourtant apparurent pendant quelques jours des idées vagues de persécution : le prêtre de Cambrai, l'interne de son service, les psychiatres avaient partie liée pour lui démontrer qu'il existait de faux miracles.

Dans les derniers jours de janvier, L... était calme, avec dans le service une activité adaptée. Elle n'aimait pas qu'on l'interrogeât sur les faits passés. Néanmoins, quand elle consentait à décrire son état antérieur, elle insistait spontanément, sur l'impression qu'elle avait éprouvée, de vivre « comme dans un rêve ». Les idées lui venaient en trop grande abondance ; elle les prenait pour des réalités, elle sentait, intuitivement, entre les choses, les personnes et les situations des relations significatives (valeurs symboliques, interprétations, reconstruction de l'ambiance, remaniement des valeurs de réalité, impressions de présages, de comédies, de collusions, de compénétration des choses et des gens, élaboration de fictions, d'aventures, etc...). Un tel état, au dire de la malade, dura en tout quatre à cinq jours.

D'ailleurs, en l'interrogeant avec soin, on s'aperçoit qu'elle a présenté au moins une fois, lors de la mort d'une belle-sœur, il y a cinq ans environ, un état spécial, différent du précédent, mais qui déjà l'avait vivement frappée : « J'ai été à l'enterrement, je marchais sans faire de bruit. J'étais absorbée..., sans être prise par ma pensée ; c'était le vide autour de moi... le Vide et le Silence... »

Cet état dura deux jours, dont L... a gardé le souvenir très précis, insistant sur la sensation de néant qu'elle éprouva à ce moment. Cela rappelait l'état d'oraison, mais s'en différenciait cependant.

Une autre fois, elle eut subitement un jour l'idée que, même quand on a été « prise par le Bon Dieu »... même « après avoir passé par ces moments délicieux, on peut encore pécher ». A ce moment, elle eut l'impression de tomber dans le néant, « la vie lui faisait subitement très peur ».

Enfin, assez souvent, il lui arrivait de « tomber dans le vague ».

Elle a alors la sensation de ne plus pouvoir « rattraper ses pensées pendant quelques heures, ou même un jour entier ». Les idées qui lui viennent alors « sont infinies ». Il lui faut « se faire violence pour sortir de ces états, qui confinent à l'extase, et dans lesquels elle s'évade sans perdre complètement pied ».

Tout en évoquant ces faits, et en critiquant son récent accès, L... gardait à son propos sur certains points une véritable conviction délirante et l'on pouvait se demander dans quelle mesure il n'y avait pas lieu de redouter le passage vers un état chronique à forme paranoïde. Quoi qu'il en soit, cette femme a pu (février 1934) rentrer dans sa famille. Revue deux mois plus tard, elle paraissait absolument normale et s'expliquait encore volontiers, avec une aimable facilité, sur tous les troubles qu'elle avait présentés antérieurement.

A propos de cette observation, nous voudrions faire quelques remarques :

I. *Au point de vue sémiologique et psychologique* : nous soulignerons avant tout la « *structure oniroïde* » de l'épisode traversé par la malade. Ce nom nous paraît devoir désigner des états intermédiaires entre le rêve et la veille, au cours desquels l'individu conserve un sens pragmatique suffisant pour se diriger dans l'existence, malgré l'atmosphère de délire dans laquelle il vit. Dans notre cas, ont existé toute une suite de faits, dont la malade a gardé le souvenir, qu'elle raconte d'une façon précise, et dont la plupart ou bien se produisaient au cours d'un état spécial (angoisse, extase) ou bien s'accompagnaient d'actions ou de réactions nettement délirantes, avec afflux idéiques, sentiment anormal de présence, puis appel à la résurrection d'un cadavre et velléités de réalisation. En dépit de cet état anormal, la malade a pu circuler librement pendant plusieurs heures, se rendant à l'endroit voulu, revenant ensuite à son hôpital, causant avec des personnes et parvenant sans éveiller la défiance jusqu'à l'amphithéâtre. Nous retiendrons donc comme élément sémiologique essentiel cette discordance entre l'intégrité apparente de l'activité extérieure et l'intensité du délire qui motivait en réalité cette activité.

Au point de vue *psychologique*, le délire demande à être envisagé au double point de vue de sa formule et de son thème :

1° La *formule* est essentiellement à type d'intuitions, et d'intuitions affectives, chaque sentiment étant intensément vécu et se trouvant à l'origine d'une suite de révélations anxieuses ou euphoriques qui toutes naissent spontanément. Tous les éléments du délire sont intimement rattachés à la personnalité ; ils jaillissent dans une atmosphère d'angoisse ou dans l'intensité

du sentiment mystique, et s'expriment par une suite de convictions, mobiles immédiats d'actions. Il y a là une forme particulière de délire d'intuition imaginative et idéo-affective relativement exclusif de sentiments d'étrangeté personnelle cénesthésique, et différent comme tel des états, décrits par deux d'entre nous avec Migault, sous le nom d'*états dysesthésiques*. Sans doute chez notre malade — et dans la mesure même où ces états dysesthésiques et oniroïdes sont très voisins — il y avait des altérations des sentiments de la personnalité (impressions xénopathiques, transmission de pensées, présence divine intérieure, etc.) mais le fond du tableau clinique est avant tout celui d'une création d'aventures, d'événements dramatiques, scéniques, très « significatifs », très analogue à celle du rêve.

Ce qui caractérise l'état oniroïde, c'est avant tout l'ensemble des « expériences » délirantes, imaginatives, intuitives, incoercibles. Ces expériences sont constructrices d'une ambiance qui obéit aux lois du syncrétisme, des condensations et du symbolisme de la pensée du rêve. L'état oniroïde représente un remaniement significatif de la réalité avec un énorme complément imagitatif.

2° Le thème mérite qu'on s'y arrête. Durant cette phase oniroïde, il est essentiellement mystique. L'élément mystique, latent depuis plusieurs jours, explose au moment de la prière et de la communion du matin. Il reparait quelque temps plus tard sous une forme nettement délirante dans le mythe de la résurrection, dans lequel la malade, s'incarnant à Lazare, se croit douée sur-le-champ, d'une façon intuitive, d'un pouvoir de résurrection. Nous avons rapproché ce dernier de certains délires d'invention médicale chez les délirants, délires dont nous avons souligné l'intérêt médico-légal à propos d'une observation récente (1).

II. *Au point de vue nosographique*, peut-on aller plus loin et rechercher à ce délire un terrain expliquant son évolution ? Dans la discussion que le cas peut soulever, deux groupes de facteurs entre autres demanderaient à être envisagés : un état de structure comitiale, un épisode à type schizomaniacal. Dans l'un comme dans l'autre cas, se retrouve, dans une certaine mesure, la notion de périodicité.

1° En faveur du premier ordre de faits, on ne peut manquer d'être frappé par le mode d'évolution des états décrits chez notre malade : divers dans leur durée, leur importance et leur

(1) CLAUDE (H.), DUBLINEAU (J.) et CARON. — Don guérisseur chez une aliénée. Les délires d'invention médicale et de guérison. *Ann. Méd. Psychol.*, janv. 1934.

nature, ils présentent tous une certaine brusquerie d'apparition avec cessation, également brusquement ou rapide.

D'autre part, l'accès, à type oniroïde qui entraîna l'internement, rappelle en tous points les états décrits par Kleist sous le nom « *d'épisodische Dämmerzustände* » et rapportés par lui à des faits de structure comitiale. Pour ce qui est des états de vague également observés par notre malade, ils rappellent ceux qui sont décrits à propos des états dysesthésiques : l'observation dans laquelle nous avons rappelé l'existence de ces derniers concernait précisément un cas d'épilepsie larvée.

Il est intéressant, enfin, de rappeler que des faits assez précis nous avaient permis de porter également le diagnostic d'épilepsie chez la malade, à laquelle nous faisons allusion au début de cette note, et qui présentait des accès répétés d'états mystiques oniroïdes.

Chez notre malade, un argument de valeur — au moins pour qui admet la réalité d'une hérédité comitiale — permet *a priori* un rapprochement avec les cas précédents : c'est l'existence, chez sa mère, de crises comitiales avérées. Cependant, chez la malade, on ne relève, pas plus que chez ses nombreux frères et sœurs, d'accident ou d'équivalent de type comitial. On ne retrouve ni crises de nerfs, ni impulsions, jamais de fugues ni de somnambulisme. D'enfance boudeuse, L... est actuellement douce, et se met rarement en colère. Elle paraît seulement avoir été assez instable. C'est, d'autre part, un esprit systématique : « rien de l'arrêtera, dit-elle, dans la recherche de la vérité. » Son comportement au cours de son délire n'a fait qu'extérioriser des tendances psychologiques foncières.

Aussi bien, à défaut d'un épisode de nature épileptique, le délire de notre malade pourrait-il être considéré comme étant de *structure* comitiale au même titre que les faits, décrits par Kleist, auxquels nous faisons allusion.

2° A notre sens cependant, d'autres éléments doivent surtout retenir l'attention. On n'a pas manqué de noter, chez cette malade, une tendance fréquente à s'évader de la réalité, un besoin quasi-constant de don d'elle-même, une hyperactivité toujours plus ou moins orientée dans un sens mystique. Périodiquement, cette tendance s'exagère, prend le type d'une atmosphère de rêve, et, dans le dernier épisode, aboutit à des actes nettement délirants qui entraînent l'internement. Cet accès de « *rêve éveillé* » et l'état d'excitation auquel il aboutit, au moins au cours du dernier épisode, permettent de rapprocher cette malade des cas décrits par l'un de nous sous le nom d'états

schizomaniaques. Dans ces états, on assiste aussi à une série d'étapes délirantes, évoluant sur un terrain prédisposé, qui s'apparente au type schizoïde. Comme on sait, il est fréquent que la dissociation relève, au moins au début, de processus psychogènes. Des mécanismes compensateurs, en particulier, sont souvent à l'origine de ces états (1). La compensation apparaît déjà dans l'enthousiasme pour la vocation d'infirmière, largement antérieure à l'éclosion des troubles mentaux. On la retrouve dans l'altruisme délirant que traduit l'extravagance du comportement. Mais on la saisit surtout sous la forme de « sublimation » dans l'acte même « de charité » qui a une signification si évidemment érotique.

Au total, il s'agit d'un état schizomaniaque avec éléments oniroïdes et intuitifs, dans lesquels, entre autres mécanismes, apparaît la notion de compensation.

M. HEUYER. — Je me suis déjà attaqué au terme *oniroïde*, à propos d'une communication faite, dans la séance du 26 février dernier, par MM. Claude et Ey, concernant un cas qui me paraissait être un syndrome d'automatisme mental bien caractérisé. J'accepterais beaucoup plus facilement ce terme *oniroïde*, pour désigner l'état décrit dans la communication que nous venons d'entendre. Mais pourquoi ne pas dire, tout simplement, *onirisme*, en employant un mot qui existe, et qui a été généralement accepté pour nommer certaines manifestations, qui appartiennent aux états épileptiques ? Si on compare les deux observations, celle de février et celle qu'on nous présente aujourd'hui, on voit bien ce qui les sépare ; mais on ne distingue pas ce qui permet de les rapprocher l'une de l'autre.

M. Henri Ey. — M. Heuyer veut bien admettre pour ce cas la notion sinon la dénomination d'état *oniroïde*. Je crois qu'elle répond d'une façon évidente à une exigence clinique. Il y a des cas effectivement où l'on a à faire à un « onirisme » dégradé sans gros troubles de la conscience et sans activité hallucinatoire proprement dite. On rencontre dans ces cas les caractères de la pensée du rêve qui est non seulement défilé d'images visuelles mais succession d'« aventures », d'« événements » irréels, sans trouble profond de la conscience, ni l'objectivation des images. C'est pourquoi il nous paraît qu'il y a une différence clinique

(1) CLAUDE (H.) et DUBLINEAU (J.). — Délire de compensation d'allure mystique, à forme intuitive et pseudo-hallucinatoire. *Ann. Médico-Psychologiques*, janvier 1932.

entre l'onirisme et l'état oniroïde. Je m'attendais plutôt à ce que M. Heuyer qui veut bien discuter les idées que nous défendons nous conteste qu'il y ait des différences très nettes entre l'état que nous décrivons dans notre observation et les éléments de l'observation que nous avons rapportée avec MM. Claude et Migault sous le nom d' « état dysesthésique ». Or, il vient de nous dire qu'il ne voyait pas les rapports qu'il y a entre ces deux syndromes. Je lui répondrai que ces rapports ne sont pas artificiellement mis en évidence, qu'ils ressortent des faits. Aussi bien dans l'observation de la malade que nous avons présentée à la Société, il y avait épisodiquement (comme la chose inverse se produit dans la présente observation) dans l'ensemble des états que nous appelions « dysesthésiques », des phases d'états oniroïdes ; c'est justement à ce propos que M. Heuyer avait sursauté en entendant ce mot qui paraît le choquer. Messieurs, il ne s'agit pas d'une question de mots, en tous cas ce n'est pas ce qui nous intéresse. Au demeurant, M. Heuyer pourra se convaincre que parfois cette dénomination usuelle dans la psychiatrie étrangère italienne et allemande, a été employée par M. de Clérambault (*Société Clin. Méd. Ment.*, janvier 1921, p. 21). — Pour me résumer, je dirai qu'il nous paraît qu'il y a une gamme d'états crépusculaires, oniriques, plus ou moins confusionnels, etc., parmi lesquels il y a peut-être avantage à isoler parmi d'autres, des *états dysesthésiques*, d'étrangeté du moi, de dépersonnalisation, d'étrangeté de la pensée intérieure et des *états oniroïdes* avec construction ou « reconstruction » de l'ambiance selon un mode qui rappelle la pensée onirique.

M. DUBLINEAU. — Ce qui nous paraît important pour établir une discrimination entre l'état oniroïde et l'onirisme proprement dit, en dehors des éléments que nous avons mentionnés dans notre communication, c'est l'examen du comportement du sujet. Dans le premier de ces états, le sujet donne souvent l'illusion qu'il est normal : c'est ainsi que notre malade a pu alerter la police, sans donner l'impression qu'elle était une délirante ; dans le second, au contraire, cet élément manque ; l'état confusionnel concomitant ne peut être méconnu par l'entourage, et le malade se présente d'emblée comme un psychopathe.

La séance est levée à 18 heures.

Le Secrétaire de la séance,

G. COLLET.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du Jeudi 12 avril 1934.

Présidence : M. VURPAS, président

Méningiome temporal droit chez l'enfant, par MM. Th. de MARTEL et GUILLAUME.

Présentation d'un enfant âgé de 6 ans, opéré et guéri d'un volumineux méningiome dont la présence se traduisit pendant un an par des céphalées frontales et vomissements en fusées, puis par la baisse de l'acuité visuelle, des troubles de la marche, l'attitude en hyperextension de la tête. Seule la ventriculographie permit de localiser la néoplasie.

Syndrome d'Adie. Nouveau cas, par M. BARRÉ.

L'auteur rapporte un cas où les troubles pupillaires bilatéraux entraînèrent le diagnostic de tabes incipiens et un traitement durant de longues années.

Syringomyélie et syndrome ventriculaire à répétition, par MM. J. LHERMITTE et E. BEAUJARD.

Chez un homme de 37 ans, plusieurs fois blessé, apparut à la suite d'une vaccination antityphoïdique un syndrome d'hypertension cérébrale, renouvelé à trois reprises et suivi du développement d'une syringomyélie cervicale. La radiothérapie poursuivie assidûment n'amena qu'un très médiocre

résultat. Cet insuccès relatif s'explique parce qu'il s'agit ici de la forme hydrocéphalique de la syringomyélie de Schlesinger dans laquelle les lésions spinales sont tout autres que dans la syringomyélie gliomateuse puisqu'il s'agit, ainsi que *Lhermitte* et *Gilbert Robin* l'ont observé, d'une épendymite à la fois cérébrale et spinale.

Existe-t-il une relation étiologique entre l'injection de T.A.B. et l'apparition du syndrome ventriculaire ? La question mérite d'être posée.

DISCUSSION. — M. *Petit-Dutaillis* pense que ce malade peut être amélioré chirurgicalement. — M. *Alajouanine* insiste sur la fréquence des troubles nerveux après la vaccination T.A.B. et rappelle un cas récent de paralysie à type polyomyélitique.

Un cas de syndrome sensitif cortical, par MM. ALAJOUANINE et THUREL.

Blessé de guerre qui, après blessure de la région pariétale gauche, présente une monoplégie sensitivo-motrice transitoire du bras gauche rapidement régressive. Actuellement, 16 ans après, il existe des troubles de la sensibilité profonde à disposition pseudo-radiculaire sur le bord cubital de la main, ils prédominent sur les trois derniers doigts qui se mettent en demi-flexion dès que le malade ferme les yeux.

DISCUSSION. — Pour MM. *Dufour* et *Thiers*, l'attitude des doigts est un signe de parésie. — M. *André-Thomas* pense qu'elle est une conséquence, ainsi qu'il est de règle, du trouble proprioceptif. — M. *Decourt* a observé, chez un blessé du 6 février, un syndrome analogue.

Paralysie post-zonateuse, par MM. ALAJOUANINE, THUREL et AUBERT.

Présentation d'un malade chez lequel, après un zona sacré gauche, on vit apparaître une anesthésie de ce territoire qui passa à droite et réalisa un syndrome de la queue de cheval. La progression du processus donne ensuite un tableau ataxique, enfin un syndrome de Brown-Séquard.

Les méninges péri-hypophysaires. Leurs rapports avec l'hypophyse, par MM. G. ROUSSY et M. MOSINGER.

Au cours de leurs recherches sur la région hypophyso-hypothalamique, ces auteurs ont repris l'étude embryologique des méninges péri-hypophysaires. Ces recherches les ont conduits aux conclusions suivantes : 1° à la constitution de l'espace péri-hypophysaire intra-sellaire, concourent le périoste, le tissu sous-dure-mérien, le réseau de subdivision de la dure-mère et le feuillet pie-mérien de la méninge molle ; 2° la dure-mère se continue directement, dans la région hypophysaire, avec la couche pie-mérienne (sous-nerveuse) de la méninge molle. La région hypophysaire semble donc un lieu d'élection pour l'étude embryologique des méninges ; 3° la pars tuberalis est une formation intra-pie-mérienne ; 4° le tissu conjonctif intra-hypophysaire se continue directement avec le tissu pie-mérien et le tissu péri-hypophysaire intra-sellaire ; 5° il n'y a pas aux stades embryologiques étudiés d'espace arachnoïdien péri-hypophysaire à proprement parler, mais le réseau arachnoïdien s'insère directement sur la couche fibrillaire continue

qui constitue la limite supérieure du réseau péri-hypophysaire ; 6° la capsule fibreuse de l'hypophyse se différencie secondairement aux dépens du tissu péri-hypophysaire, et par conséquent la pie-mère prend part à sa constitution ; 7° certaines travées cellulaires du lobe intermédiaire accompagnent la branche intermedio-hypophysaire du sinus de Brander jusque dans l'espace péri-hypophysaire..

Les lésions cérébro-spinales de l'encéphalite morbilleuse,
par MM. L. BABONNEIX, J. LHERMITTE et J. O. TRELLES.

Cette étude histologique d'un cas d'encéphalite survenue au cours de la rougeole montre l'existence de lésions diffuses caractérisées par la prolifération de la névroglie périvasculaire, la dégénérescence en aires des neurones et des fibres myéliniques, les altérations vasculaires. Trois faits méritent d'être soulignés : les altérations profondes de l'olive bulbaire, la dégénération métachromatique des cellules gliales, les lésions poliomyélitiques. Le processus histologique s'accuse par un double caractère : dégénératif sur les neurones et la névroglie, inflammatoire sur le réseau vasculaire.

Les auteurs insistent sur la ressemblance anatomique de l'encéphalomyélite post-éruptive avec la neuromyéélite optique.

Les plaques séniles du diencephale, par MM. J. LHERMITTE et J. O. TRELLES.

La lésion connue sous les termes de « plaque sénile » est d'observation commune dans le cortex cérébral ; les auteurs rapportent un cas où, chez une femme de 88 ans, les plaques se montraient d'une extrême abondance dans l'infundibulum, le tuber et les parois du III^e ventricule. Les éléments des noyaux végétatifs étant respectés, cette altération n'avait entraîné, pendant la vie, aucun trouble grave.

A propos des pseudo tumeurs cérébrales, par M. BARRÉ.

M. Barré a eu l'occasion d'observer plusieurs cas où le diagnostic entre tumeur cérébrale et encéphalite pseudo-tumorale est très délicat. Il insiste sur l'importance de ce diagnostic dont dépend la sanction thérapeutique.

A propos du signe d'Argyll-Robertson,
par MM. HAGUENAU et LEDOUX-LEBARD.

Dans deux observations qu'ils rapportent, ces auteurs montrent qu'il ne faut pas confondre *perte du réflexe photomoteur* et *signe d'Argyll-Robertson* et, qu'en particulier, le myosis est un élément essentiel du signe. Cette notion qui n'a pas été perdue de vue par les auteurs anglo-saxons n'est pas classique en France. Dans la plupart des observations où le signe d'Argyll-Robertson a été signalé, en dehors de la syphilis, il ne s'agissait pas en réalité de véritable signe d'Argyll-Robertson, tel qu'il a été décrit par cet auteur.

A ce propos, les auteurs rappellent les caractères essentiels donnés par Argyll-Robertson. Ils montrent aussi que l'association avec un syndrome de

Claude Bernard-Horner peut tromper en créant du myosis par excitation sympathique directe.

C'est pour ne pas avoir tenu compte de ces faits que l'on a décrit des signes d'Argyll-Robertson non syphilitiques dans de multiples affections, ramollissements, tumeurs, traumatismes, etc... Or, si l'on parle du véritable signe d'Argyll-Robertson *qui s'accompagne, en particulier, toujours de myosis*, il semble que l'on puisse se rattacher aux conclusions déjà anciennes de Babinski et Charpentier, et considérer le signe d'Argyll-Robertson comme presque pathognomonique de la syphilis ; il conserve donc une valeur étiologique de premier ordre.

P. MARESCHAL.

Société de Médecine légale de France

Séance du 9 Avril 1934

Présidence : M. DERVIEUX, président

La stérilisation chirurgicale. Les législations et la médecine légale, par M. Georges d'HEUCQUEVILLE.

L'auteur expose que depuis que des textes législatifs récents, à l'étranger, ont institué la stérilisation chirurgicale des sujets anormaux ou criminels, des polémiques se sont ouvertes sur la légitimité de cette opération, polémiques aussi confuses que passionnées.

Si l'on veut se placer à un point de vue, non philosophique ni moral, mais médico-légal objectif, on peut ramener les problèmes relatifs à la stérilisation à trois discussions principales. La stérilisation doit être examinée sous les angles de la science biologique, du droit français actuel, des usages professionnels médicaux.

Elle pose trois questions précises :

- 1° Quelle valeur présentent les bases scientifiques sur lesquelles se fondent les partisans de la stérilisation ?
- 2° Dans quelle mesure la stérilisation serait-elle compatible avec le droit et la jurisprudence, en France, dans leur état actuel ?
- 3° Quelle attitude doit prendre le corps médical, fidèle à ses usages professionnels, devant l'opération nouvelle ?

L'auteur, ayant passé en revue les institutions étrangères, résume ainsi son examen :

La chirurgie actuelle permet de pratiquer, sans risque grave, la stérilisation, et dans certains cas, chez des femmes dont les maternités compromettent la santé, chez des érotiques impulsifs (alcooliques, débiles) incapables de supporter les charges de la paternité, la stérilisation présente une valeur thérapeutique indiscutable. Toutefois, les doctrines de l'hérédité biologique, pathologique, psychiatrique, voire criminologique apparaissent encore trop incertaines pour justifier la stérilisation systématique et forcée, dans un but de défense sociale ou d'eugénique.

La stérilisation, appliquée par un praticien dans un but thérapeutique, ne tombe pas sous le coup de la loi de 1920, réprimant la provocation à l'avortement et la propagande anti-conceptionnelle. Mais ce praticien s'exposerait à des actions civiles s'il la pratiquait pour des raisons d'eugénique, même si l'intéressé ou sa famille la réclament.

Il semble que le corps médical, fidèle à ses usages professionnels, doive s'opposer, en France, à l'institution d'une stérilisation forcée, commandée par des raisons d'ordre public ou d'eugénique, comme dans la pulpart des pays étrangers. Il n'admettrait pas davantage une stérilisation forcée dans un but thérapeutique, prescrite par une juridiction extra-médicale sur des sujets libres. Il accepterait peut-être la stérilisation thérapeutique des aliénés, des incurables internés, s'il en résulte pour eux, avec l'élargissement, une amélioration de leur état et une diminution des risques qu'ils courent en liberté.

Un simulateur démasqué, par M. GÉNIL-PERRIN et M^{me} M. LEBREUIL.

Les auteurs rapportent le fait d'une simulation particulièrement habile et soutenue, qui fut dépistée grâce à une mise en observation prolongée à l'asile. Le sujet présentait un tableau clinique atypique en présence duquel on ne pouvait hésiter qu'entre la simulation et un syndrome catatonique. En instance de comparution devant le Tribunal militaire pour désertion, l'intéressé persista pendant 8 mois dans son attitude. C'est grâce à la confiance qui fut faite à l'expert par la justice militaire et par la Préfecture de police qui consentirent à l'internement pour mise en observation que le dépistage de cette simulation put être mené à bonne fin. Cette procédure exceptionnelle permit au Médecin expert de ne déposer les conclusions définitives de son rapport qu'après observation irréfutable du sujet. Les auteurs font observer que cette observation a été réalisée à l'asile dans des conditions supérieures à celles qui auraient pu être dans l'annexe psychiatrique d'un établissement pénitentiaire, le séjour prolongé du sujet dans un service d'asile normal ayant à la longue endormi sa méfiance et l'ayant conduit à se trahir spontanément.

M. Fribourg-Blanc, qui a connu le sujet en question lors de son hospitalisation au Val-de-Grâce, souligne la difficulté que présentait le dépistage de sa simulation et félicite les auteurs d'être parvenu à en administrer la preuve.

M. Costedoat signale que le procédé de l'internement pour mise en observation fut employé à Lyon par le professeur Lépine, qui parvint à dépister un cas de simulation ayant persisté pendant 9 ans.

M. Génil-Perrin fait observer que cette procédure, si elle est généralement admise en province, est plus difficilement acceptée dans le département de la Seine.

Code pénal et anomalies mentales, par M. R. BENON.

L'auteur signale que le projet du nouveau code pénal ne distingue pas les individus atteints de maladies mentales de ceux qui sont atteints d'anomalies mentales. Il souhaite qu'une entente s'établisse entre les médecins psychiatres sur ces deux catégories de troubles, dans un but pratique de sécurité sociale. Il distingue parmi les sujets atteints d'anomalies mentales, les anormaux non pervers et les anormaux pervers.

A son avis, ces derniers ne relèvent pas de l'asile, mais de la prison.

FRIBOURG-BLANC.

Société Française de Psychologie

Séance du Jeudi 15 Mars 1934

Présidence : M. LALO, président

La symétrie au point de vue psychologique et esthétique, par M. Ch. LALO.

C'est un fait que la symétrie joue un rôle très important dans la production de l'œuvre d'art et dans le plaisir esthétique. Ni la géométrie, ni la physiologie, ni la psychologie, ne permettent d'élucider le problème ainsi posé. Seul le point de vue sociologique permet de comprendre la signification esthétique de la symétrie, c'est-à-dire la valeur qui s'y attache. Du point de vue statique, il existe une forte exigence de symétrie, au moins dans l'architecture ; du point de vue de l'évolution, on assiste à des variations tantôt dans le sens de la symétrie, tantôt dans le sens de la dyssymétrie. L'introduction de la dyssymétrie paraît répondre à des préoccupations diverses : souligner la symétrie, répondre à un besoin de diversité, représenter le mouvement, suggérer la pesanteur.

D. LAGACHE.

Société de Médecine Mentale de Belgique

Séance du 24 Mars 1934

Présidence : M. VERSTRAETEN, président

L'automatisme mental. Son intérêt en psychiatrie, par M. HEUYER (de Paris).

Le conférencier rappelle que la notion de l'automatisme mental appartient à G. de Clérambault. Cette conception tend à remplacer en pathologie mentale, la notion philosophique par la notion organique, en appliquant à l'étude du syndrome les méthodes de la pathologie générale.

Dans un brillant exposé, l'auteur retrace tout d'abord les principaux symptômes cliniques de l'automatisme mental. Il montre que leur évolution aboutit à la constitution d'une personnalité seconde, dont la pensée et le vocabulaire sont le plus souvent en désaccord avec la personnalité première. Il se produit des échanges et des dérivations entre ces deux personnalités, dont la seconde irrite la première, et le délire de persécution se constitue.

D'après la théorie psychologique classique, les tendances affectives insoupçonnées du malade seraient à l'origine des délires de persécution. Cependant, l'étude d'autres psychoses, d'origine toxique ou infectieuse, démontre bien que le syndrome mental dépend de la cause morbide bien plus que de la personnalité. L'action élective spécifique des toxiques est à ce sujet très démonstrative.

Dans la seconde partie de l'exposé, l'automatisme mental est envisagé comme syndrome basal ou nucléaire des psychoses hallucinatoires chroniques. Ce syndrome est neutre ; il prépare le terrain sur lequel le travail interprétatif viendra orienter le délire vers la persécution, le mysticisme ou la mégalomanie.

Cependant, l'automatisme mental n'est pas nécessairement chronique : il peut être transitoire comme dans la manie, la mélancolie, les obsessions, l'alcoolisme, aigu et chronique. Le pronostic dépend non des idées délirantes, mais de la forme clinique du syndrome.

En ce qui concerne l'origine de l'automatisme mental, il semble bien que l'absence d'organisation thématique des phénomènes initiaux indique un processus histologique irritatif à progression serpentineuse. Son origine organique n'est pas douteuse.

L'automatisme mental est un syndrome clinique qui peut être trouvé associé à d'autres syndromes. Il présente à ce point de vue un intérêt didactique considérable. Son intérêt doctrinal, d'autre part, résulte du fait qu'il détruit la conception de la schizophrénie en tant qu'entité morbide. Son étude aboutit également à l'abandon des distinctions entre psychoses exogènes et endogènes, lésionnelles et fonctionnelles, et des conceptions classiques sur la psychogénèse des maladies de l'esprit.

J. LEY.

Société Belge de Neurologie

Séance du 24 Mars 1934

Présidence : M. Paul MARTIN, président

Histoire d'une algie rebelle, par MM. P. DIVRY et E. EVRARD.

Une femme, actuellement âgée de 57 ans, atteinte de syphilis nerveuse avérée, accuse depuis 13 ans des algies remarquablement tenaces dans leur intensité et leur topographie radiculaire (C8, D1). Ces douleurs ont résisté à toute une série d'interventions, notamment au traitement spécifique (précocement interrompu), à la pyrétothérapie au Dmelcos, à la sympathectomie périhumérale et à l'enlèvement d'un fragment du nerf cubital. Les auteurs relèvent les signes objectifs suivants : légère atrophie de la musculature dépendant de C7, C8, D1 (avant toute intervention) ; hyperalgésie dans le territoire de C8, D1 ; lésions de spondylite de la colonne cervicale ; dilatation de l'aorte ascendante et vaso-dilatation active de l'avant-bras et de la main droite ; symptômes de pythiatisme surajouté (hypoalgésie généralisée). Ils discutent et rejettent les diagnostics de névrite du cubital et d'érythromélgie. Le tableau clinique peut être interprété comme dérivant soit d'une funiculite, soit d'une *radiculite*, soit peut-être de *lésions de la corne postérieure*.

Tumeur ponto-cérébelleuse, par M. F. SANO,

Présentation d'une pièce anatomique intéressante ; elle provient d'un malade opéré par P. Martin sur les indications de Van Bogaert ; à cette époque, il se présentait comme un cérébelleux pur ; l'affection semblait

bien avoir une origine traumatique : le patient avait fait quelque temps auparavant une chute à fond de cale ; on avait donc pratiqué une décompressive, le diagnostic étant arachnoïdite postérieure. Or à Gheel, ce malade s'est amélioré progressivement, au point qu'il pouvait s'occuper à des travaux agricoles. En novembre 1933, il meurt de pleurésie et myocardite ; l'autopsie révèle la présence d'une volumineuse tumeur de l'angle pontocérébelleux ; il existe en outre une arachnoïdite bien caractérisée de la partie postérieure du cervelet.

Il est remarquable de constater qu'il s'est écoulé 2 ans depuis l'opération ; c'est probablement la trépanation décompressive qui a permis une survie aussi longue, et sans aucun symptôme de tumeur.

Tumeur de l'épiphyse, par M. P. VAN GEUCHTEN.

Il s'agit d'un enfant de 3 ans qui a présenté, en plus de symptômes d'hypertension intra-cranienne, des troubles cérébelleux, de la parésie des pupilles, et de la paralysie du regard vers le haut. L'enfant a succombé après une trépanation de la loge cérébelleuse. A l'autopsie, on a constaté l'existence d'une tumeur de l'épiphyse du volume d'une grosse noisette.

L'auteur signale, à l'occasion de ce cas, les opinions actuelles sur le développement et le rôle de l'épiphyse ; il insiste sur la difficulté extrême d'un diagnostic exact de localisation.

Myélite disséminée, myélite syphilitique, myélite funiculaire.

Etude anatomo-clinique, par M. VAN GEUCHTEN.

A l'aide de documents anatomo-cliniques, l'auteur fait une étude comparée de ces trois variétés d'affections médullaires.

La myélite disséminée présente des lésions d'un type inflammatoire net ; la myélite spécifique a un tableau anatomique de dégénérescence combinée sub-aiguë, mais avec des lésions vasculaires caractéristiques ; la myélite funiculaire avec anémie pernicieuse montre les lésions en foyer des cordons postérieurs et latéraux.

Etude histo-pathologique d'un cas d'encéphalite vaccinale,

par MM. VAN GEUCHTEN et FALCON.

Enfant de 6 ans ; 11 jours après la vaccination surviennent de la somnolence, de la fièvre à 40° et un coma qui s'installe en 4 jours ; dix-sept jours après la vaccination, six jours après le début des manifestations encéphalitiques, l'enfant meurt.

L'examen histo-pathologique montre une inflammation diffuse atteignant la substance grise d'une façon discrète, la substance blanche d'une façon élective, les vaisseaux et surtout les petites veines, les méninges très légèrement. La lésion pathognomonique est la lacune de dégénérescence à localisation périveineuse, dont le processus fondamental est la démyélinisation.

Les lésions évoluent de la façon suivante : au début on trouve des infiltrats périvasculaires, dans la suite une raréfaction entraînant un état spongieux spécial des tissus voisins et finalement se constitue la lacune.

La coloration simple montre cette raréfaction des tissus au niveau de la

lacune ; les méthodes myéliniques nous révèlent qu'il s'agit d'une disparition de la myéline ; les méthodes fibrillaires nous apprennent que les lésions cylindraxiles sont secondaires ; la coloration des graisses montre l'accumulation des corps granuleux à ce niveau. Il n'y a que très peu de lésions cellulaires ; les plus importantes siègent au niveau du mésencéphale.

Tumeur médullaire, par MM. P. CAMBIER et R. LEY.

Chez une malade de 30 ans évolue lentement depuis 8 ans une paraplégie spastique en flexion ; le début de l'affection aurait coïncidé avec une angine, suivie de grande faiblesse et lourdeur dans les jambes. A ce moment survient une grossesse qui évolue normalement. Six mois après l'accouchement, la malade ressent des besoins impérieux d'uriner. Trois ans et demi après le début de l'affection, survient une deuxième grossesse ; au 7^e mois de celle-ci, la malade perd ses urines et matières sans s'en rendre compte ; depuis ce deuxième accouchement, la malade est confinée au lit ; l'examen clinique permet de conclure à l'existence d'une tumeur médullaire ; le liquide céphalo-rachidien est normal ; la radiographie après injection de lipiodol montre un fin trajet, délimitant un vaste fuseau qui s'étend de D.2 à D.10. On pratique une laminectomie étendue ; la moelle sur une grande longueur a l'aspect d'un fuseau ; on se rend compte que l'exérèse est impossible ; environ un mois après l'intervention, la malade meurt en hyperthermie ; l'autopsie montre une tumeur longue de près de 15 cm. ; sa situation est centro-médullaire ; les éléments propres de la moelle sont refoulés à la périphérie ; l'examen histologique montre qu'il s'agit d'un gliome (variété astrocytome).

Ce cas est remarquable par sa longue évolution clinique, par les dimensions inusitées de la tumeur, par l'absence de dissociation albumino-cytologique dans le liquide céphalo-rachidien.

J. LEY.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

BIOLOGIE

Sémiologie du Sommeil. Essai de Neurologie expliquée, par Auguste TOURNAY (1 vol. in-8°, 132 pages, G. Doin et C^{ie} édit., Paris 1934).

Depuis 1909, date de sa thèse de doctorat, très remarquée sur *L'Homme Endormi*, M. Auguste Tournay n'a pas cessé de s'intéresser aux problèmes du sommeil. Dans le beau rapport qu'il présenta à la Réunion Neurologique avec M. J. Lhermitte (1927) sur *le Sommeil normal et pathologique*, ces auteurs s'étaient assignés comme tâche de présenter aux neurologistes ce qui peut les guider vers la compréhension du sommeil naturel de l'homme et surtout sur la connaissance des réactions que manifeste dans cet état le système nerveux dont la participation est essentielle. Ici, c'est le point de vue de la sémiologie, implicitement compris mais non explicitement mis en lumière dans le précédent rapport, qui est finement analysé par M. Auguste Tournay, étudiant le sommeil de l'enfant et de l'adulte.

En relatant les résultats de la délicate exploration, pendant le sommeil, des fonctions de relation (motilité et musculature, sens et sensibilité, réactions et réflexes), il note la modification pendant le sommeil de réflexes normaux à l'état de veille et même l'apparition de réactions qui sont pathologiques à l'état de veille : signe de Babinski et réactions de défense et d'automatisme.

Plus délicate encore, moins fructueuse aussi est l'exploration des fonctions de nutrition : analyse et enregistrement des phénomènes mécaniques de la respiration et de la circulation, métabolisme, bioénergétique. M. Tournay note en particulier, pendant le sommeil normal, la diminution des sécrétions, la variation des ions calcium et potassium dans le plasma sanguin, avec tendance à l'acidose, l'abaissement du métabolisme, une modification de la régulation thermique avec déperdition calorifique.

Pour expliquer comment s'organise cette fonction active, les indices tirés de l'observation courante et de l'exploration clinique minutieuse tendraient à faire accepter la conception d'un mécanisme du sommeil déclenché par inhibition se répandant largement dans l'écorce cérébrale. Mais cette conception est débordée par les faits. Les données anatomo-cliniques, expérimentales, neuro-chirurgicales s'accordent pour conduire à la notion d'une certaine localisation de la fonction hypnique sous forme d'un *dispositif régulateur*, au niveau de la région méso-diencéphalique. Le fonctionnement de ce dispositif régulateur peut être déterminé par l'intervention de facteurs humoraux, physico-chimiques, à vrai dire seulement soupçonnés, et par l'intervention du processus d'inhibition.

S'il est permis de penser que l'inhibition se répand largement dans le manteau des hémisphères et vers la profondeur, entre le troisième ventricule et l'infundibulum, il convient de remarquer que ces régions ne sont pas mises totalement hors de service par cette inhibition transitoire et que cette inhibition, dépassant la limite de ces formations, déborde des niveaux supérieurs vers des niveaux plus bas, situés de l'axe nerveux. L'inhibition n'envahit pas en totalité le télencéphale et, dans le sommeil profond, certains éléments sont respectés par elle au niveau méso-diencéphalique.

Pour Hess, sous l'action régulatrice du système nerveux végétatif, s'exerçant sur les organes du système nerveux cérébro-spinal, le sommeil rétablit la disposition de l'organisme à une plus grande activité. Le mécanisme serait celui d'un réflexe : l'effet en serait déterminé par le but vers lequel tendent les fonctions prédominantes du système nerveux *parasympathique*.

Cette minutieuse analyse d'indices, de signes, d'explications, conduit en conclusion à une sémiologie du sommeil; à la réponse à cette question fondamentale: à quoi reconnaître qu'un homme dort? Il n'est pas sans importance, en effet, de différencier le sommeil naturel du sommeil hystérique ou hypnotique, du sommeil artificiel (par anesthésique ou narcotique), du sommeil pathologique, du coma, de la torpeur, du sommeil simulé.

C'est de la coexistence de plusieurs manifestations, de plusieurs signes, qui peuvent se rencontrer ailleurs mais ne sont groupés que dans le sommeil, que celui-ci peut être affirmé. Il existe des indices de présomption, des signes de certitude au moment présent, et aussi des indications rétrospectives, qui permettent non seulement d'affirmer le sommeil, mais de le caractériser en profondeur et d'en poursuivre l'étude avec sécurité.

C'est ainsi qu'en se fondant sur la recherche du signe de Babinski, M. Auguste Tournay indique parmi les perspectives d'avenir les résultats de l'exploration du système extrapyramidal pendant le sommeil, d'une part, et, d'autre part, le rapprochement de la présence du signe de Babinski pendant le sommeil et de l'apparition temporaire de ce signe au cours de certains états pathologiques.

M. Auguste Tournay termine ce remarquable exposé par le sage conseil de ne pas s'aventurer sur le chemin des explications avant que ne soient assurées, au préalable, les connaissances physico-chimiques nécessaires. Si, comme il l'écrit, la tâche actuelle du neurologue est de multiplier par ses remarques et par des rapprochements suggestifs tout ce qui suscite les problèmes ou les agrandit, nul ne pouvait accomplir cette tâche avec plus de soin et de succès.

Formes, Vie et Pensée, par MM J. VIRET, D^r ROMAN, J. BEAUVERIE, D^r Max ARON, L. CUÉNOT, D^r R. COLLIN, D^r P. MERLE, M^{me} le D^r JACQUIN-CHATELLIER, D^r THOORIS, D^r CORMAN, D^r Cl. GAUTIER, R. P. de MONTCHEUIL et M. l'abbé MONTCHANIN. (1 vol. in-12, 424 pages. Librairie Lavandier, Lyon 1933).

Ce livre, édité par le *Groupe Lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques* fait suite aux publications dont nous avons antérieurement rendu compte : *Questions relatives à la sexualité, Hérité et Races, Les Rythmes et la Vie*. Le Groupe Lyonnais met, en effet, chaque année, à son programme, l'étude d'une grande question, demandant à une série de spécialistes d'en traiter, en toute indépendance, les divers aspects.

Dans la première partie de ce volume, est abordée l'étude de problèmes de biologie générale : formes cristallines et corps organisés, formes inférieures de la vie, la systématique des formes, les formes embryonnaires, morphologie et adaptation, formes et endocrines, formes et fonctions.

La seconde partie traite de la *morphologie humaine*. Après l'exposé des phases du développement biologique individuel par Mme le D^r Jacquin-Châtelier, l'exposé, par le D^r Thooris, des travaux de l'Ecole française, en particulier des idées de Cl. Sigaud, il faut signaler l'intéressante étude de notre collègue Louis Corman, intitulée : *forme et caractère, essai sur les corrélations psycho-physiques*, illustrée de nombreuses figures. Ainsi que le fait remarquer en terminant M. Louis Corman, « il faut bien se garder de croire que les liens de la Forme et du Caractère soient ceux d'un déterminisme rigoureux ». Il considère comme « probable » qu'« il existe pour les valeurs spirituelles une part qui n'est pas déterminée par le corps ». La distance, d'autre part, est grande entre les types réels et les types schématiques indiqués. Mais le corps et l'esprit sont sous la dépendance l'un de l'autre et se conditionnent mutuellement selon la conception de saint Thomas d'Aquin.

La troisième partie de ce volume est consacrée aux problèmes sociologiques, philosophiques et religieux que posent la notion de forme : conditions biologiques essentielles des formes des Sociétés animales, attaches biologiques et sociales des formes de la vie religieuse, et se termine par des conclusions générales, dans lesquelles la synthèse de ces études a été demandée à M. l'abbé Montchanin.

R. C.

Rôle du système nerveux et des facteurs biologiques dans l'immunité, par S. MÉTALNIKOV. (1 vol. in-8°, 166 p., 26 fig., in *Monographies de l'Institut Pasteur*. Masson et C^{ie}, édit., Paris, 1934).

L'auteur expose brièvement les travaux sur les facteurs biologiques de l'immunité contre les microbes et leurs toxines, s'arrêtant plus longuement sur l'immunité des animaux inférieurs qui est moins connue que celle des animaux supérieurs.

Il aborde ensuite la question du rôle du système nerveux dans l'immunité. Dans une série de travaux, il a pu démontrer que des lésions des centres nerveux diminuent très rapidement l'immunité naturelle et acquise. Ces expériences démontrent qu'il est possible de provoquer des réactions d'immunité par des excitations externes conditionnelles, c'est-à-dire par l'intervention du système nerveux.

L. R.

PSYCHIATRIE

Evolution et structure de la Schizophrénie, par le Docteur M. ENGELSON ; médecin à la Clinique Psychiatrique Universitaire de Lausanne (1 vol. in-8°, 68 pages. Lausanne Edwin Frankfurter, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1934).

Voici un petit livre clair et substantiel, supérieur à de gros volumes. Remarquable par sa précision et sa concision, strictement limité aux données scientifiques qu'il résume en quelques tableaux synoptiques, il expose les conceptions actuelles de la schizophrénie, celles de Berze principalement, en se bornant aux schizophrénies manifestes, laissant de côté les tempéraments et les constitutions schizoïdes de Kretschmer. « Notre but, dit l'auteur, est d'établir à coups de schèmes et de définitions le patrimoine inaliénable minimal, incontestable de la schizophrénie. » A-t-il réussi dans cette entreprise hardie, ne faudra-t-il pas un jour diviser cette vaste synthèse ? En tout cas, ce n'est pas un même mérite que d'avoir établi une base solide pour des investigations ultérieures.

La schizophrénie est un processus organique sur lequel se greffent des réactions psycho-pathologiques adjacentes, plus ou moins florides et recouvrant plus ou moins le processus organique. Ce trouble organique, idiopathique mais inconnu, est dû à un agent, lui aussi inconnu. Il produit directement un certain nombre de symptômes primaires, que l'on reconnaît à ce fait qu'ils sont psychologiquement inanalysables, irréductibles à des éléments connus ; ils ne dérivent ni de conflits vitaux, ni de complexes psychiques et n'ont aucune racine dans la structure constitutionnelle de la personnalité.

Par amplification des symptômes primaires, ainsi que par interaction entre eux et la personnalité saine, il se forme dans celle-ci un trouble psychotique fondamental qui donne naissance aux symptômes secondaires constitués par le changement de direction conféré aux tendances habituelles ainsi que par toutes les réactions qui se produisent du fait de cette transformation.

Durant ces deux premières phases, période de début et période d'état, il s'agit d'un processus actif. A mesure que le processus organique se rapproche de son issue, la schizophrénie devient inactive, et peut présenter un arrêt, des rémissions ou suivre une progression continue pour aboutir à la démence schizophrénique avec séquelles irréversibles.

L'auteur énumère tous les symptômes schizophréniques qu'il serait trop long de citer ici. Il insiste sur le trouble fondamental dans la schizophrénie initiale, dynamique et dans la schizophrénie terminale, statique. Le premier a pour base la dépersonnalisation dont l'indice capital est le sentiment de changement et d'étrangeté avec ses corollaires : sentiment d'incomplétude, d'incertitude, d'influence, de dépossession, s'accompagnant d'introspection, laquelle détermine une attitude passive de contemplation, avec impression de vide mais non pas d'indifférence, car l'indifférence, contrairement aux descriptions anciennes, n'apparaît qu'à un stade avancé de la maladie. Dans l'état schizophrénique secondaire, le sentiment d'étrangeté passe à l'arrière plan ; l'introspection devient autisme ; l'activité, stéréotypie. La certitude succède au doute. L'hallucination vraie dérivée du processus organique se transforme en pseudo-hallucination en rapport avec une action extérieure. Dans la période terminale, autisme, négativisme, rigidité de la pensée, néologisme confusion prédominent. C'est la scission des différentes fonctions psychiques, le stade ultime de la régression de la personnalité. Le cataclysme schizophrénique ne laisse après lui qu'un désert.

Remercions et félicitons M. Engelson d'avoir composé un sommaire si riche dont je n'ai pu donner qu'une faible idée, mais regrettons qu'il n'ait fait aucune allusion aux nosographies défuntes. Pour mieux saisir la valeur de son « catalogue » il serait utile de savoir sur quelles ruines s'édifie cette schizophrénie d'une structure si solide, d'une évolution si sûre, malgré ses rémissions, dont les limites nous échappent. On y décèle en effet les symptômes de plusieurs psychoses que les aliénistes français gardent l'habitude de séparer et l'on y retrouve, en quelque sorte, un Délire chronique à évolution systématique de Magnan qui serait analysé par Pierre Janet, ou encore la Paraphrénie de Kræpelin, plutôt que l'hébéphrénocatatonie. Il n'en reste pas moins que le savant psychiatre de Lausanne a pleinement réalisé son intention : réunir une collection de symptômes dont l'étude et la comparaison faciliteront la compréhension des malades mentaux.

J. CAPGRAS.

Etude clinique de la maladie de Pick, par le Dr Marcel CARON. *Thèse Paris*, 1934, 250 p., Vigot frères, éd.).

La maladie de Pick est une forme de démence présénile caractérisée au point de vue anatomo-pathologique par une atrophie cérébrale de localisation circonscrite, le plus souvent fronto-temporale. Son diagnostic est rarement établi du vivant du malade, et cependant son syndrome clinique comporte un certain nombre d'éléments susceptibles de le faire poser. Aussi la description précise et détaillée de la maladie est-elle des plus précieuses à connaître et devons-nous savoir gré au Dr Caron d'avoir entrepris aussi consciencieusement un travail de cette importance.

Ses premières observations l'apparentent à l'aphasie trans-corticale et à l'apraxie idéo-motrice d'une part, à la démence sénile de l'autre, mais permettent cependant de la considérer comme une entité morbide.

Cette thèse reproduit les 64 observations publiées jusqu'ici et leur lecture, bien que longue et un peu ardue, est profondément instructive. Le Dr Caron relate ensuite l'observation d'un malade qu'il a étudié avec Guiraud.

La symptomatologie de la maladie de Pick tient principalement à la localisation des lésions : atrophie frontale, atrophie temporale, et parfois atrophie occipitale. Démence progressive, dysmnésie, désorientation, désordre de la tenue et des actes, perte de la capacité professionnelle, de la pudeur, du tact, du sens moral, de la critique, de l'affectivité ; incohérence des propos et des actes, gloutonnerie animale, gâtisme. Troubles aphasiques, apraxiques, asymboliques, agnosiques ; taciturnité, laconisme et mutisme ou bavardage et fabulation décousue et plus ou moins paraphasique et amnestique ; phénomènes itératifs et persévération, stéréotypies verbales, palilalie, écholalie, parfois même echographie et echopraxie. Accessoirement, cécité aperceptive.

L'on constate en outre dans la maladie de Pick de l'hyperkinésie, excitation, états impulsifs, moriatiques, gesticulations, chants, ou bien de l'hypo ou de l'akinésie, indifférence et apathie, inertie hébétée. A la période terminale, apparences de pseudo-bulbarisme, troubles profonds de la démarche et de la mimique, parésies diverses, contractures accentuées, cachexie grabataire.

Le syndrome d'aphasie, d'agnosie et d'apraxie est de beaucoup le plus caractéristique, d'autant plus qu'il est surtout apparent au début, avant que

la démence ne soit trop profonde ; aussi son importance est-elle primordiale pour le diagnostic. Encore cette aphasie est-elle bien spéciale et traduit-elle surtout l'amnésie verbale et l'appauvrissement des souvenirs au point qu'Anglade a pu dire qu'elle fournissait la preuve que le lobe préfrontal joue dans le cerveau humain le rôle de réservoir de souvenirs.

Roger DUPOUY.

NEUROLOGIE

Une nouvelle syphilis nerveuse. Ses formes cliniquement inapparentes, par Paul RAVAUT. Membre de l'Académie de Médecine. Médecin de l'hôpital Saint-Louis. (1 vol. in-8°, 200 pages avec 3 planches hors texte en couleurs. Masson et C^{ie} édit., Paris 1934).

A côté de la syphilis nerveuse classique que nous diagnostiquons par ses signes cliniques, existent d'autres formes cachées, inapparentes cliniquement, dont la connaissance ne nous est révélée que par l'analyse du liquide céphalo-rachidien. Ces atteintes étaient complètement ignorées avant 1900, époque à laquelle MM. Widal et Ravaut, en créant le cyto-diagnostic, rendirent possible cette étude ; dès ce moment, M. Ravaut s'y est consacré et l'a poursuivie pendant plus de trente ans : les faits l'ont amené à la conception de la syphilis nerveuse qu'il expose dans ce volume.

Il étudie successivement l'historique, les signes biologiques de ces syphilis nerveuses invisibles, leurs rapports avec les lésions anatomiques dont ils sont l'expression, leurs formes biologiques, leur diagnostic. Les trois derniers chapitres sont des plus importants par les déductions pratiques qu'ils comportent ; en effet, s'appuyant sur ses longues observations, l'auteur démontre que les signes biologiques précèdent, dans la plupart des cas, les signes cliniques, aussi cette syphilis nerveuse inapparente, commande-t-elle le diagnostic et le traitement précoces, la prophylaxie de la neurosyphilis et en grande partie sa pathogénie.

En particulier, avec Wagner-Jauregg, il conseille de *traiter par la malaria la syphilis nerveuse latente dès son apparition, en se basant sur l'étude du liquide céphalo-rachidien.*

Tous ces faits reposent sur des observations longtemps suivies. L'auteur en donne des graphiques d'une rigueur presque mathématique. Leur exactitude a déjà reçu de multiples confirmations et sert maintenant de base au traitement précoce de la syphilis nerveuse.

Cette œuvre est d'une portée essentiellement pratique. En suivant les directives données par l'auteur, il est permis d'espérer que les faits exposés dans ce volume contribueront à faire disparaître dans l'avenir cette redoutable localisation du virus syphilitique.

L. R.

Les tumeurs cérébrales métastatiques, par le Dr J. PAILLAS. (1 vol. in-8°, 212 pages, Imprimerie Saint-Lazare. Thèse Marseille, 1933).

Les tumeurs cérébrales métastatiques constituent une affection dont l'intérêt réside dans les points suivants : Elles sont rares, moins cependant que ne le laissait croire l'obscurité dans laquelle on les a tenues jusqu'à présent. L'auteur en a réuni 138 cas. Ceux qui donnent le plus souvent des

métastases cérébrales sont les cancers du poumon et du sein. Les cellules néoplasiques pulmonaires embolisent par voie sanguine et donnent des noyaux encéphaliques multiples et nécrotiques. Les cellules mammaires cancéreuses propagent le mal par voie lymphatique ou nerveuse et donnent des noyaux sur les méninges ou les nerfs craniens uniques ou bien peu nombreux et groupés, moins nécrotiques. Dans cette division schématique se classent les autres cancers : ceux qui se développent aux dépens des viscères, des membres ou d'autres organes, et qui embolisent par la voie pulmonaire, fournissent des métastases semblables à celles du poumon ; ceux qui siègent à l'extrémité céphalique et ne donnent pas de détermination pulmonaire, se comportent suivant le type mammaire. La rareté des métastases cérébrales paraît tenir d'une part au « filtre pulmonaire », de l'autre à une incompatibilité cérébro-tumorale.

Cliniquement, le syndrome « tumeur cérébrale métastatique » mérite d'être individualisé en raison : 1° des signes neurologiques qui répondent trop peu souvent aux déterminations intra-crâniennes ; 2° de l'absence fréquente de l'hypertension liquidienne ; 3° des modifications spéciales du liquide céphalo-rachidien, albumineuse isolée, hypercétose, cytologie spécifique. Le traitement chirurgical ou radiothérapique peut être parfois efficace si les indications en sont bien posées.

Il y a donc lieu d'opposer deux grandes classes de tumeurs métastatiques du cerveau, qui diffèrent par leur aspect anatomique, leur interprétation pathogénique, leur allure clinique, leurs indications thérapeutiques. Les tumeurs cérébrales métastatiques de type pulmonaire sont : encéphaliques multiples et nécrotiques embolisées par voie sanguine de séméiologie complexe, mais fruste au-dessus des ressources de la thérapeutique. Les tumeurs cérébrales métastatiques du type mammaire sont méningées et souvent uniques, propagées par voie lymphatique ou nerveuse, de séméiologie plus simple et plus complète, justiciable d'une thérapeutique active et souvent efficace.

M. WAHL.

La spirochétose méningée, par Jean TROISIER, professeur agrégé, médecin des Hôpitaux, et Yves BOQUIEN. (1 vol. in-8°, 188 pages. Masson et C^{ie} édit., Paris 1934).

L'agent pathogène de la spirochétose méningée est le spirochète décrit par *Inada* et *Ido* dans l'ictère infectieux à rechute. La presque totalité des cas concerne des adultes jeunes. L'infestation hydrique, le rôle direct ou indirect du rat, une incubation courte (5 jours en moyenne) paraissent établis. A côté des cas de spirochétose méningée pure, il est des cas avec très léger subictère. Il n'y a pas plus de barrière entre ces deux formes de la maladie qu'entre la méningite spirochétosique avec subictère et la spirochétose ictéro-hémorragique typique. C'est une forme de transition.

MM. Jean Troisier et Yves Boquien passent en revue les symptômes et le diagnostic de l'affection, dont ils rapportent 21 observations et indiquent les résultats des inoculations aux animaux de laboratoire et de la recherche des anticorps. Tous les cas observés de spirochétose méningée ont guéri et cette affection n'a jamais permis d'examen nécropsique.

L'expérimentation sur l'animal, cobaye et lapin, chien et singe, amène ces auteurs à des conclusions générales analogues à celles que leur inspire l'étude des méningites anictériques humaines : le méningotropisme du spi-

rochète d'Inada-Ido, et la réalité clinique et expérimentale de la spirochétose méningée, atteinte méningée primitive et élective à laquelle réagit le liquide céphalo-rachidien.

R. C.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

L'évolution de la lutte contre la syphilis. Un bilan de 25 ans, par Louis SPILLMANN, Doyen de la Faculté de Nancy, Professeur de Clinique des maladies syphilitiques et cutanées, Médecin chef du Centre régional antivenérien de Nancy. (1 vol. in-8°, 292 pages avec figures en hors texte. Masson et C^{ie} édit., Paris 1933).

La lutte contre la syphilis s'est profondément modifiée dans le cours des vingt-cinq dernières années. On se contentait autrefois de soigner des malades afin de les guérir le mieux possible et afin d'essayer d'atténuer les conséquences de leur mal pour la descendance ; on cherche aujourd'hui à dépister des contagieux pour les stériliser et pour les empêcher de transmettre autour d'eux leur infection. L'auteur de ce livre a pris part de façon active à la lutte antisiphilitique avant, pendant et après la guerre dans une région où les œuvres de préservation sociale ont pris un développement très remarquable. Il a pensé qu'il pouvait être utile de mettre les résultats obtenus en présence de l'effort accompli. L'examen au jour le jour de ce bilan de vingt-cinq ans lui a permis de montrer comment il était possible de modifier l'opinion publique, de transformer les habitudes et de détruire les préjugés.

Les différents chapitres constituent l'histoire de la prophylaxie de la syphilis à notre époque. C'est d'abord un rappel de souvenirs déjà lointains lorsque les syphilitiques étaient parqués dans les coins les plus obscurs des plus vieux hôpitaux ; c'est ensuite l'étude des organisations réalisées pendant la guerre, dans une région et dans une armée ; c'est enfin l'organisation progressive et systématique de la lutte dans le cadre départemental. On trouvera dans ce livre tout ce qui concerne le fonctionnement des *Dispensaires antisiphilitiques*, l'éducation sexuelle et l'éducation antivenérienne de la jeunesse, l'organisation de la prophylaxie dans les milieux ouvriers, la propagande éducative, la création du *certificat sanitaire pré-nuptial*, l'organisation du *Service Social*, etc.

En terminant, l'auteur trace un parallèle entre la syphilis d'autrefois et celle d'aujourd'hui. Après avoir relevé les erreurs qui peuvent être commises au cours du diagnostic et du traitement, après avoir signalé l'utilité d'un enseignement syphillographique complet pour tous les étudiants en médecine, il précise l'orientation nouvelle qu'il a donnée depuis quelques années à la lutte contre la syphilis et qui a pour base le dépistage des foyers de contamination. *La lutte contre la syphilis doit être placée sur le terrain épidémiologique ; pour chaque cas nouveau de syphilis, il faut remonter à la source et la tarir.* Cette nouvelle façon de comprendre la prophylaxie antisiphilitique autorise tous les espoirs. La syphilis combattue sur le terrain épidémiologique est une maladie qui doit disparaître. Et la prophylaxie de la syphilis est l'une des formes importantes de la prophylaxie des maladies mentales.

L. R.

THÉRAPEUTIQUE

L'année thérapeutique (Médicaments et Procédés nouveaux). Huitième année 1933, par le Dr A. RAVINA. (1 vol. in-12, 192 pages. Masson édit., Paris 1934).

Comme chaque année, M. Ravina apporte aux médecins praticiens un résumé pratique de tous les faits nouveaux d'ordre thérapeutique publiés au cours de l'année 1933, tant en France qu'à l'Etranger. Il expose : 1° Les maladies et symptômes (57 traitements nouveaux) ; 2° Les techniques et appareils (15 sujets traités) ; 3° Les médications nouvelles (12 études).

Le but de cet ouvrage est d'une part, de faire connaître aux praticiens des techniques nouvelles d'application immédiate et facile; d'autre part, de leur indiquer les orientations actuelles de certaines méthodes thérapeutiques. On y trouvera, en particulier, des indications concernant le traitement de l'alcoolisme chronique par le chlorhydrate d'émétine, le traitement des algies par les injections intradermiques d'eau distillée, le traitement de la chorée chronique par le vaccin antityphoïdique, le traitement des troubles post-encéphalitiques par l'atropine à hautes doses, le traitement de l'intoxication barbiturique par la strychnine à hautes doses, le traitement de la narcolepsie par l'éphédrine, la malariathérapie, le traitement des algies cancéreuses par le venin de cobra, etc.

La table alphabétique des matières donne pour chaque matière envisagée les indications et les résultats obtenus. M. Ravina a précédemment publié suivant le même plan les années thérapeutiques 1931 et 1932. Ces trois petits volumes contiennent une documentation très complète sur les faits thérapeutiques nouveaux publiés depuis trois ans.

L. R.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Psychiatrie et Médecine, par le Dr G. VERMEYLEN. Chargé de Cours à l'Université de Bruxelles (17 pages. Revue de l'Université de Bruxelles, n° 2, Déc.-Janv. 1934).

Dans sa leçon d'ouverture du Cours de psychiatrie de l'Université de Bruxelles, M. G. Vermeylen, après avoir rappelé que dans cette Chaire enseignèrent avant lui avec éclat *Joseph de Smeth, Jean de Boeck et Auguste Ley*, déclare que, sans le complément des études psychiatriques, aucune formation médicale n'est complète.

Il insiste sur ce fait que le nombre des affections mentales dont on peut découvrir l'origine organique ne cesse de croître. Pour lui, la plupart des psychoses dont on ne peut déceler l'origine somatique directe sont, elles aussi, l'expression de troubles organiques plus généraux et plus diffus que

nos moyens actuels d'investigation sont encore impuissants à déceler. Tout en signalant qu'il faut une conjonction entre le terrain organo-psychique qui crée la prédisposition et l'accident toxi-infectieux qui en déclenche les effets.

Expression de troubles nerveux fonctionnels très étendus, les manifestations psychopathiques résultent de mécanismes très complexes de libération, d'inhibition, etc., et la psychiatrie peut être considérée comme la science du passé neuro-psychique de l'individu et de l'espèce.

De cet effort de compréhension neuro-biologique des troubles psychiques est née la thérapeutique moderne dans laquelle le traitement physique s'associe à la psychothérapie. Et M. Vermeulen rend à ce propos hommage au professeur Aug. Ley d'avoir dès 1923 introduit et enseigné en Belgique la pratique de la malariathérapie.

Sur ces bases neuro-biologiques, des désordres psychiques se produisent, qui nécessitent, pour en aborder l'étude, l'acquisition d'un ensemble de connaissances psychopathologiques indispensables. Ainsi se crée peu à peu une méthode psychobiologique, dégagée de l'empirisme, grâce à laquelle le diagnostic et le traitement résultent d'un ensemble de preuves objectives et de données scientifiques.

Le lieu de ce traitement est désormais l'hôpital psychiatrique. M. Vermeulen expose les avantages de la conception adoptée par l'Université de Bruxelles, qui a rattaché ce bel Institut de psychiatrie à l'Hôpital général, l'a organisé dans son cadre, mettant à sa portée les ressources des services spécialisés de l'hôpital, de ses laboratoires et de ses centres de recherche scientifique. Un service ouvert permet d'y recevoir et d'y traiter sans internement les malades qui en sont justiciables. Ce mode de traitement hospitalier est complété par l'assistance extra-hospitalière dont le rôle devient chaque année plus important.

En terminant, M. G. Vermeulen rappelle que l'étude des réactions psychosociales morbides des enfants et des adultes déborde la médecine et intéresse également les éducateurs et les magistrats, et que les notions de psychiatrie sont de première importance pour le médecin praticien.

Dupré disait que la psychiatrie est non une spécialité, mais le couronnement même, le sommet de l'édifice médical. Plus que toute autre matière, conclut M. G. Vermeulen, la psychiatrie, par sa complexité même, demande un esprit large, dégagé de toute contrainte extérieure, une pensée abordant librement tous les problèmes que pose la science dans son incessante évolution. Nulle autre étude ne peut autant élargir le cercle de nos connaissances et de notre culture générale.

René CHARPENTIER.

Psychiatrie infantile (Kinderpsychiatrie), par M. TRAMER. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, vol. XXXII, fasc. 1^{er}.

La psychiatrie infantile remplit actuellement toutes les conditions d'une spécialité autonome. Par ses méthodes d'exploration clinique, de diagnostic et de thérapeutique, elle se distingue nettement de la psychiatrie des adultes, en diffère par ses aspects cliniques, par sa dépendance plus grande de la neurologie, par ses différences selon les phases de développement de l'enfant. Des neuropsychiatres, des pédiatres et des pédagogues ont contribué à ses progrès, dont les plus importants ont été puisés dans les études sur-

la cyto- et la myélogénèse, l'endocrinologie et la sympathologie, la psychanalyse, la psychologie expérimentale, la réflexologie selon von Monakow, Magnus, Pawlow (que ce dernier considère comme une véritable psychologie objective). Cette énumération, que l'auteur développe dans ses détails, démontre le vaste domaine de connaissances indispensables au pédo-psychiatre qui, psychiatre et pédiatre à la fois, doit se consacrer cependant uniquement à sa tâche spéciale. La création de cliniques de neuropsychiatrie infantile autonomes, et en attendant, celle d'annexes psychiatriques des cliniques de médecine infantile, est nécessaire.

E. BAUER.

L'Instabilité (La Instabilita), par SANTE DE SANCTIS (de Rome). Rapport et discussions au 3^e Congrès national médico-pédagogique italien. *Rivista di Psicologia*, juillet-septembre 1933, p. 186 à 222.

L'instabilité est essentiellement un syndrome d'« immaturité nerveuse », à ce titre, cette notion qui déborde les états purement symptomatiques (comme de l'hérédosyphilis, par exemple), trouve son application exclusive en psychiatrie infantile. Elle convient pour désigner les enfants difficiles, turbulents, irréguliers. Kræpelin avait déjà essayé d'établir les « constantes » psychiques de cette instabilité, c'était la variabilité, l'irritabilité, l'hypoboulie, l'hypomoralité, la suggestibilité. Pour Bleuler, le caractère essentiel est la domination du comportement par les sollicitations essentiellement variables du milieu. L'auteur a déjà insisté dans de précédents travaux sur la distraction, l'oppositionnisme, l'excitabilité de ces sujets. Ce qui lui paraît essentiel, c'est le trouble du comportement qui constitue une anomalie psychomotrice, expression de l'« immaturité » évolutive et de troubles affectifs primaires ou secondaires. L'instabilité est caractérisée par une particulière et excessive mobilité des situations psychiques et psychomotrices. Elle doit être distinguée des « fausses instabilités » (syndromes moteurs, troubles moteurs, hyperémotivité, attitudes affectives réactionnelles). M. Sante de Sanctis envisage spécialement ensuite la diagnostic psychiatrique (épilepsie, hystérie, post-encéphalitiques) : après avoir examiné l'aspect neurologique du problème de l'instabilité et particulièrement les relations de ce syndrome avec la pathologie du système extrapyramidal, l'auteur propose une classification des états d'instabilité : *l'instabilité primaire* (avec deux sous-groupes : l'instabilité constitutionnelle et l'instabilité caractérologique).

L'instabilité symptomatique (des maladies psychiatriques et neuro-endocriniennes). Enfin, il existe des cas où l'instabilité n'est pas pure, mais associée (à la débilité mentale, etc...). — Le problème d'assistance qui pour Sante de Sanctis est le vrai problème psychiatrique, est abordé avec un optimisme de bon aloi. La question de l'éducabilité, condition de la récupérabilité sociale, est très complexe à propos de sujets qui sont précisément des variables et des indisciplinés. On pourra tenter une adaptation sociale progressive en s'aidant de la courbe psychodynamique des acquisitions psychomotrices. En terminant, l'auteur souligne « l'importance énorme » de l'ambiance et les bons effets dans le redressement des instables, de l'éducation physique.

Henri Ey.

Les dessins de figure humaine par les débiles mentaux (*The Human Figure Drawings of Adult Defectives*), par C. J. C. EARL. *The Journal of Mental Science*, T. LXXIX, n° 325, pp. 305-327, 1933.

Le dessin peut servir de test chez l'enfant arriéré, l'adulte, le délirant. Il a été utilisé dans les épreuves de Goodenough et de Stanford-Binet. Par rapport à l'enfant normal, le débile excelle dans la représentation du détail et pêche par la disproportion et le défaut d'orientation spatiale. L'ensemble réalise une certaine incohérence. Chez l'adulte atteint de débilité mentale, le dessin est du type statique avec tendance à l'effémination. L'habileté à dessiner est rare; on ne trouve guère de talents véritables. Parmi les symptômes psychologiques, on peut déceler la persévération, l'insignifiance et l'inversion sexuelle.

P. CARRETTE.

Un cas curieux d'obsession : obsession du « Donneur », par H. DAGAND. *Provence Médicale*, n° 19, pp. 16-18, 15 avril 1933.

Cette obsession, bien spéciale et accidentelle, a cependant, dans l'observation de Dagand, un intérêt d'ordre social. Au cours d'un état d'exaltation euphorique, un débile mental et physique est hanté par le désir de donner son sang et fait des démarches pour être agréé dans les centres de transfusion. Il n'est pas dans les conditions requises pour un tel emploi et l'auteur conseille une prudente psychothérapie libératrice, après avoir rappelé que satisfaire aux exigences d'une idée obsédante n'était pas guérir le malade.

P. CARRETTE.

Essais de détermination anthropométrique des types physiques de Kretschmer (*Attempts at Anthropometric Determination of the Body Types of Kretschmer*), par Wiktor WIGERT. V^e Congrès des Psychiatres Scandinaves, Copenhague, 22-26 août 1932. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, T. VIII, fasc. 3, pp. 465-481, 1933.

L'étude des types physiques dans les psychoses permet d'opposer deux grands groupes, celui de la démence précoce et celui de la maniaque-dépressive. Le type leptosome athlétiforme est le plus fréquent dans la démence précoce et le type pyknic le plus rare, mais pour Wigert ce dernier ne paraît pas avoir une affinité marquée pour la psychose maniaque-dépressive.

P. CARRETTE.

Constitution et personnalité (*Constitutione e Personalita*), par SANTE DE SANCTIS (de Rome). *Rinascenza Medica*, 1932, X.

Cette leçon du professeur Sante de Sanctis, faite en avril 1932, a le sens général d'une réaction contre les tentatives pour fonder la personnalité sur la constitution. Il indique quelle extension abusive a subi ce terme. Il s'élève contre l'idée qu'il a toujours combattue de ne voir dans la maladie que l'épanouissement de la constitution. Le concept de personnalité beaucoup plus compréhensif, beaucoup moins statique, doit être au contraire d'une grande fécondité.

Henri Ex.

Contribution à l'étude de la personnalité, par Mlle H. JANKOWSKA. (*Rocznik Psychjacyjny*, fasc. XXI, 1933).

Un syndrome schizoïde grave s'installe chez un enfant de 12 ans, à la suite d'un traumatisme de la région frontale. Chez cet enfant de constitution syntonique sans tare héréditaire, le caractère subit un changement profond, il acquiert des traits révélateurs de « Moral insanity » sans déficit intellectuel. Mlle Janowska déduit de cette observation que les manifestations psychiques qui constituent le caractère et la personnalité du sujet ont leur siège dans les lobes frontaux.

FRIBOURG-BLANC.

Le désir de transformation du sexe (*Das Verlangen nach Geschlechtumwandlung*), par Hans BINDER (de Basel). *Zeitschr. f. d. ges. Neuro. und Psych.*, 1933, Tome CXLIII.

On retrouve dans cet article le *leit motiv* de la psychopathologie allemande en matière d'aberration du sens génital. Les perversions *sexuelles* sont des modifications qui portent, non pas seulement sur une fonction, ni sur le choix de l'objet, mais qui sont solidaires de comportements beaucoup plus généraux, d'attitudes vitales. C'est justement de ce point de vue que l'auteur va étudier le *désir du changement de sexe*, qui peut se produire à divers étages de la personnalité du sujet et se qualifier par là, dans la série des divers types de métamorphose — nous dirions, presque, de *métempsychose* ! — sexuelle. Il isole ainsi un premier groupe de faits du *type hétéro-sexuel*, caractérisés par des instincts primaires masculins, mais par des attitudes féminines qui utilisent certains traits de faiblesse de la personnalité (mièvrerie, émotivité, douceur de caractère). Il y a « double nature » chez le premier sujet, mais la prostitution à laquelle il se livrait assouvissait plus son désir d'être *une femme* qu'un instinct d'être possédé. C'est un cas de « pseudo-homosexualité » (I. Bloch) qui se rapproche davantage de la « perversité » que de la « perversion » (Kraft-Ebing). — Dans un deuxième groupe de faits, il s'agit de désir de changement de sexe de type *auto-sexuel*, c'est-à-dire que les sujets ont le *désir de se sentir eux-mêmes* comme une femme. Le cas de B... est celui d'un jeune homme de 27 ans, de morphologie et de comportement infantiles, qui en est resté à un stade érotique primitif du type narcissique. Ce désir de se sentir femme correspond à une érotisation du corps propre dans le sens d'une identification maternelle. — Enfin, le troisième groupe est celui des types bisexuel et homosexuel. Le propre de ces cas est de représenter une perversion profonde des instincts primaires qui sont ici ceux du *don*. L'observation de C... est celle d'un schizophrène bisexuel qui se comporte, dans ses tendances et ses pratiques érotiques, comme homme et femme (travestissement féminin). On peut dire que toute cette longue étude minutieuse et du plus haut intérêt ne constitue qu'une préface à l'observation de D... qui, lui, présente l'homosexualité la plus radicale au point qu'on serait tenté de dire qu'il n'y a plus d'homosexualité, qu'il s'agit d'une femme ! Enfance et adolescence de « fille ». De cette féminité, qui se prolonge jusqu'à 20 ans, jaillit alors en deux ans un homme. Puberté. Pratiques homosexuelles. Port de vêtements féminins. Au moment de l'installation d'une vie sexuelle nettement féminine, pendant qu'il était au régiment, il a présenté des *hématuries de type menstruel*, se renouvelant tous les mois avec

le syndrome typique de la menstruation. Gynescmastie. En 1929 — vers l'âge de 40 ans — cette menstruation est devenue un peu irrégulière, en même temps sont apparus des troubles de l'humeur avec agitation et anxiété qui l'ont amené à consulter. Quelque temps après, dégoûté par ses organes virils, il pratique sur lui-même l'opération du « bistournage », qui nécessite une intervention chirurgicale avec *castration complète*. Depuis lors, ses tendances féminines se sont accusées et sublimées. Il a demandé qu'on statue sur une modification de son état civil. Sur le rapport des experts, qui concluent à une telle ambiguïté physiologique qu'il faut laisser au sujet le soin de fixer lui-même son sexe, *elle* est enregistrée désormais sous le nom de *Marthe D...* et est bonne d'enfants. Ce qui a justifié le rapport des experts est évidemment le fait que chez cet individu on a pratiqué (Abderhalden lui-même) la réaction d'Abderhalden, qui a montré à plusieurs reprises, au temps de la menstruation, des produits de désintégration *ovarienne* dans l'urine. Ce n'est qu'au moment même de la castration qu'il y a eu présence de produits de désintégration testiculaire. Depuis la castration, il n'existe aucune trace de sécrétions internes génitales ; telle est l'histoire de cet homosexuel de l'adolescence, hermaphrodite de l'âge adulte, qui enfin est devenu ce qu'il était : *une femme*.

Henri Ey.

Altérations du schéma du corps en rapport avec les troubles psychosensoriels dans les affections psychiques, par le Professeur M. GOUREVITSCH. (*Sovietskaia nievropatologuia, Psichiatra i Psychoguiguiena*, T. II, fasc. 3, 1933).

L'auteur revient sur le sujet qui a fait l'objet de son travail antérieur sur le syndrome intrapariétal. Dix nouvelles observations, portant sur des diagnostics cliniques très variés où ce syndrome a été observé, prouvent la fréquence relativement grande de ce syndrome. L'auteur souligne l'importance que pourrait avoir ce syndrome pour la localisation des syndromes psychiques. En effet, l'existence du syndrome dans les processus très différents, semble le rattacher davantage à la localisation de la lésion qu'à telle ou telle autre psychose.

M. Gourevitsch distingue des troubles du schéma du corps, partiels et totaux, variant sur une grande échelle et pouvant aller jusqu'à la dépersonnalisation. Les phénomènes optiques ont une place de premier ordre dans la constitution du syndrome intrapariétal avec tout le cortège de métamorphopsie, macro, micro et polyopsie. Très souvent, on peut observer que les troubles du schéma du corps s'accompagnent de sensations généralisées. Les hallucinations auditives et olfactives, par contre, ne sont pas caractéristiques pour le syndrome intrapariétal.

Provisoirement, l'auteur distingue, au point de vue de la localisation du syndrome, deux types différents : 1° le type postérieur (pariéto-occipital) où prédominent les sensations optiques et généralisées pouvant aller jusqu'à la dépersonnalisation et, 2°, le type antérieur (pariéto-post-central) avec prédominance des sensations généralisées ou localisées dans une partie du corps. Le professeur Gourevitsch insiste sur la nécessité d'analyser les troubles sensoriels des affections psychiques en établissant des parallèles avec les syndromes neurologiques ayant des localisations plus précises.

Fribourg-Blanc.

Considérations sur le délire d'interprétation (Consideraciones sobre el delirio de interpretación), par Mauricio HELMANN. *La Semana Médica*, n° 2052, pp. 1625-1627, 11 mai 1933.

Le délire d'interprétation est une des formes de psychoses dont le diagnostic et les répercussions suscitent les plus grandes difficultés. Chez un sujet cultivé, paranoïaque, réticent, il peut évoluer insidieusement. L'auteur raconte l'histoire d'un médecin hypocondriaque, persécuté persécuteur, tyran familial, certifié non aliéné par les deux experts commis lors d'un procès. Il y a des cas où l'examen répété du malade ne suffit pas à écarter le diagnostic de délire d'interprétation. L'enquête elle-même donne des résultats contradictoires et la réalité de la psychose n'apparaît qu'après de longues discussions sur le développement d'états passionnels inexplicables, parfois secondaires à une maladie physique.

P. CARRETTE.

L'auto-accusation, par J. LÉVY-VALENSI. *Provence-Médicale*, n° 20, pp. 7-13, 15 mai 1933.

La notion d'auto-accusation n'est pas limitée par le cadre de la mélancolie. Après Dupré, Lévy-Valensi distingue deux variétés suivant qu'il s'agit d'un sujet mythomane ou délirant. Le premier est un auto-dénonciateur. Dans la deuxième catégorie, l'accusation peut être mise au compte de la suggestibilité du débile, de l'anxiété du déprimé ou du dément, de l'onirisme des états toxiques. Enfin, des formes paradoxales associent la double tendance paranoïaque et mélancolique des mélancoliques persécutés et des persécutés auto-accusateurs hypocondriaques ou systématiques.

P. CARRETTE.

Quelques aspects psychiatriques du suicide (Some Psychiatric Aspects of Suicide), par Gerald R. JAMEISON et James H. WALL. *The Psychiatric Quarterly*. T. VII, n° 2, pp. 211-229, avril 1933.

Les esquisses cliniques des deux auteurs nous montrent le suicide commis par des hypocondriaques des anxieux, avec insomnie et appréhension de l'insomnie, des confus, des mélancoliques auto-accusateurs, des misanthropes en continuel état d'agressivité ou de désespoir. L'hallucination impérative serait rarement une cause déterminante. L'étude attentive du comportement, des prédispositions, des réactions du malade, doit permettre au psychiatre de mesurer les risques ; ceux-ci étant reconnus, la seule solution valable est la surveillance hospitalière organisée. Jameison et Wall considèrent que la prophylaxie du suicide à domicile, grâce à l'éducation du médecin, du personnel infirmier et de l'entourage familial ne peut donner qu'une sécurité illusoire.

P. CARRETTE.

Le cauchemar. Symptomatologie et Pathogénie, par D. KOURETAS et Ph. SCOURAS. *Le Progrès Médical*, n° 21, pp. 953-968, 27 mai 1933.

Le problème du sommeil n'est pas seulement quantitatif ; il est également qualitatif. On se préoccupe de plus en plus de l'activité cérébrale et nerveuse à l'état d'hypnose et de ses relations avec l'émotivité diurne présomnique et

avec les variations organiques nocturnes. Kouretas et Scouras reconnaissent comme caractère fondamental au cauchemar « l'abolition totale et absolue du tonus musculaire ». Les phénomènes d'angoisse, l'impuissance, sont des répercussions cœnesthésiques dues au passage de l'hypotonie du sommeil normal à cette atonie spéciale, résultat d'une crise vagotonique et le contenu idéique est une réaction secondaire de la conscience adaptée aux troubles profonds de la cœnesthésie.

P. CARRETTE.

Des états délirants et confusionnels oniriques dans la psychose maniaque-dépressive (Über deliröse und traumhaft verworrene Zustände bei manisch-depressiven Erkrankungen), par E. ILLING. *Monatsschrift für Psychiatrie*, 1933, vol. 85, fasc. 5-6.

L'auteur rapporte plusieurs observations de paroxysmes maniaco-dépresseifs, caractérisés par l'association avec les symptômes classiques, de troubles confusionnels, hallucinatoires et oniriques. Les accès n'avaient pas été déclenchés par des causes exogènes ; les malades ne présentaient pas des signes d'une constitution schizoïde. La psychose maniaque-dépressive peut comporter, à l'occasion, des paroxysmes autres que les états maniaques et mélancoliques, sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir une cause associée.

E. BAUER.

Délirium et autres psychoses dus au bromure (Bromide Delirium and Other Bromide Psychoses), par Max LEVIN. *The American Journal of Psychiatry*. T. XII, n° 6, pp. 1125-1163, mai 1933.

Les cas les plus nombreux d'intoxication bromurée observés par Levin se traduisent par un état d'excitation psychomotrice, du désordre des idées et des troubles visuels tels que imprécisions et confusion des perceptions colorées, micropsie, macropsie. Les hallucinations sont plus rares. Il s'agit généralement d'individus prédisposés. Les uns sont des épileptiques traités depuis longtemps, les autres des alcooliques chroniques, des artério-scléreux cérébraux en état de subexcitation. Aussi l'hypothèse d'une psychose due au sevrage (withdrawal delirium) — formulée par ceux qui attachent une grosse importance au fait que dans certains cas les troubles mentaux aigus apparaissent indubitablement quelques jours après la suppression du médicament — ne trouve pas un grand crédit auprès de l'auteur. Des faits analogues ont été signalés dans les intoxications par le plomb, par l'alcool. La psychose survient, non pas parce qu'on cesse l'administration du bromure, mais malgré sa tardive suppression.

P. CARRETTE.

Troubles psychiques dus à une intoxication lente par l'oxyde de carbone, par M. G. VERMEYLEN. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, août 1933).

Observation d'un homme de 54 ans chez lequel l'apparition brusque de troubles de la mémoire, du comportement étaient la conséquence d'une intoxication oxycarbonée lente. L'auteur étudie les caractères cliniques et psychologiques de l'amnésie et son mécanisme psychopathologique. Il oppose les états démentiels, caractérisés par une diminution quantitative et permanente de

l'intelligence, aux états de *phrénolepsie* où il existe une diminution temporaire du rendement intellectuel. L'amnésie, et les troubles psychiques consécutifs (fabulation) dus à l'intoxication oxycarbonée, rentrent dans cette deuxième catégorie. Ils évoluent généralement vers la guérison. Intérêt clinique médico-légal des cas de ce genre qui peuvent donner lieu à des interprétations erronés, et parfois, faire penser à des troubles simulés.

SENGÈS.

Psychoses et névroses anémiques (*Anemia Psychoses and Anemia Neuroses*), par H. I. SCHOU. V^e Congrès des Psychiatres Scandinaves 22-26 août 1932. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, T. VIII, fasc. 3, pp. 483-506, 1933.

L'étiologie des psycho-névroses reste encore si incertaine dans un grand nombre de cas, que toute investigation destinée à aboutir à une thérapeutique rationnelle doit être retenue. L'examen de la formule sanguine fait partie de ces recherches. L'auteur trouve 1,3 0/0 d'anémies pernicieuses et 2,2 0/0 d'anémies simples par achylie avec les troubles gastro-intestinaux habituels. Ces résultats lui paraissent suffisants pour justifier les espoirs que l'hématologie clinique a fait naître dans les études sur les psycho-névroses.

P. CARRETTE.

Les troubles mentaux tardifs consécutifs aux traumatismes crâniens et leur interprétation psychopathologique (*Delayed Mental Disorders Following Cranial Traumatism and their Psychopathological Interpretation*), par Alfred GORDON. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXVII, n° 3, pp. 259-273, mars 1933.

Les traumatismes crâniens, avec ou sans fractures, sont parfois suivis plusieurs mois, et même des années après la guérison apparente, de manifestations psychiques assez typiques par leur évolution. A une période prodromique dépressive parfois justifiée par des céphalées tenaces, succèdent des troubles de la sphère effective qui aboutissent à un état délirant plus ou moins caractérisé. Pour Gordon, il n'est pas douteux que ces syndromes se développent à l'occasion d'une persistance de désordres anatomiques ou fonctionnels légers. Toutefois, dans les deux cas signalés, il est évident que des facteurs constitutionnels jouent leur rôle prépondérant et que sans eux le reliquat du traumatisme ne se traduirait que par des signes neurologiques discrets.

P. CARRETTE.

Les symptômes mentaux associés à 58 cas de tumeur cérébrale (*The mental symptoms associated with 58 cases of cerebral tumor*), par Louis MINSKI. *The Journal of Neurology and Psychopathology*, T. XIII, n° 52, pp. 330-343, avril 1933.

Les troubles mentaux sont plus fréquents dans les tumeurs de la masse cérébrale et ne paraissent pas être en rapport avec certains signes de localisation ; ils seraient plutôt une indication d'accroissement, d'extension des lésions. D'après Minski, les tumeurs à développement lent prédisposent aux modifications de l'humeur, aux états dysthymiques, d'autant plus précocement que la personnalité prépsychotique du sujet le prédispose plus sûrement. Quant aux tumeurs à évolution rapide, elles s'accompagnent généralement de troubles de la sphère intellectuelle.

P. CARRETTE.

Etude psychologique d'un exemple de la forme amyostatique-akinétique de l'encéphalite léthargique (A Psychological Case Study of the Amyostatic-Akinetic Form of Encephalitis Lethargica), par K. H. R. EDWARDS. *The British Journal of Medical Psychology*, T. XII, n° 4, pp. 315-336, 15 mars 1933.

Les réactions psychopathologiques qui font suite aux troubles aigus de l'encéphalite épidémique se traduisent souvent par des tendances du caractère, de la volition et de l'émotivité très particulières. Comme l'intelligence paraît conservée, des problèmes médico-légaux et sociaux de première importance ont été soulevés. Les changements de personnalité, signalés d'abord chez l'enfant, peuvent aussi bien survenir chez l'adulte. Edwards montre la nécessité d'étudier à fond l'état prépsychotique. Son malade révèle une constitution asthénique de Kretschmer et un tempérament schizoïde. L'infection éclate au cours d'une période d'excessive fatigue. L'auteur croit que l'encéphalite réactive des dispositions latentes. Les mécanismes instinctifs sont excités ou inhibés ; des perversions apparaissent. Un organisme très résistant a des réactions hyperkinétiques et celui qui est débilité, une forme amyostatique-akinétique.

Les lésions disséminées touchent des fonctions d'association. Ainsi la somnolence s'explique sans qu'il soit nécessaire d'imaginer l'altération d'un centre pour lequel le virus montrerait une affinité spéciale. De même des perturbations émotives, un manque de spontanéité déterminent l'insuffisance volitionnelle, non pas par une relation de cause à effet, mais par interrétion d'effets.

Edwards conclut qu'il est impossible de séparer les fonctions psychiques dans l'analyse de tels états morbides. Les opérations intellectuelles sont troublées au même titre que les états affectifs. Les résultats de nouvelles recherches anatomiques ne feront que confirmer cette conception.

P. CARRETTE.

Contribution à la pathogénie des troubles psychiques organiques, par J. HANDELSMAN. (*Rocznik Psychjatriczny*, fasc. XXI, 1933).

L'auteur relate deux observations d'anémie pernicieuse accompagnée de troubles psychiques. Un des malades est mort. Les investigations microscopiques du système nerveux ont permis de constater l'existence d'une myélite funiculaire avec des lésions cérébrales appartenant à deux types différents :

1° de rares foyers de démyélinisation sans prolifération gliale du voisinage ;

2° de nombreux foyers vasculaires avec altération profonde des parois des vaisseaux, avec infiltration lymphocytaire périvasculaire et réaction gliale sous forme de prolifération plasmatique.

Chez l'autre malade, la guérison de l'anémie a été marquée par la disparition du syndrome psychique.

M. Handelsman conclut que les lésions vasculaires permettent de supposer que l'agent nocif atteint le système nerveux central par la voie vasculaire. Il semble juste de déduire que les lésions cérébrales ne dépendent pas de l'anémie mais de l'agent nocif qui détermine simultanément l'anémie et les lésions du système nerveux.

De même, les troubles psychiques ne sont pas provoqués par l'anémie,

mais par le même agent nocif. Seuls les signes d'affaiblissement intellectuel peuvent être mis sur le compte du retentissement secondaire des foyers cérébraux.

FRIBOURG-BLANC.

Nouvelle contribution à l'étude de la schizophrénie dite somatopsychique et quelques réflexions sur l'essence de la schizophrénie, par M. BORN-SZTAJN. (*Rocznik Psychjatryczny*, fasc. XXI, 1933).

Pour appuyer la réalité de la forme somatopsychique ou hypocondriaque de la schizophrénie, qu'il a eu l'occasion d'isoler il y a quatre ans, Bornsztajn rapporte un cas nouveau rappelant les six autres rapportés antérieurement. Cependant, cette observation se distingue des précédentes par certains caractères particuliers :

Une jeune fille de 32 ans présente des troubles psychiques graves, qui s'installent progressivement en quelques mois, à propos d'un échec dans la cure d'un tænia. Les manifestations somato-psychiques, qui prédominent dans le tableau clinique, se manifestent sur un fond d'autisme caractéristique. La malade est repliée sur elle-même. Les changements qu'elle éprouve dans son corps sont douloureusement ressentis psychiquement par la malade. Elle fait d'incessants mouvements respiratoires, bizarres, hyperkinétiques, bruyants et rythmiques. Elle ne mange pas et son poids descend jusqu'à 33 kgs 5. Ses règles disparaissent complètement.

Les signes objectifs de la disparition des règles et l'amaigrissement extrême traduisent les troubles endocriniens, si caractéristiques dans la schizophrénie. La particularité intéressante de ce cas consiste dans d'incessants mouvements respiratoires (160 à 140 à la minute), extrêmement fatigants pour la malade. Cette manifestation rapproche ce cas des psychonévrosés caractéristiques.

La schizophrénie envisagée dans le plan de la psychopathologie apparaît comme une maladie spécifique dont la symptomatologie variée oscille entre les manifestations psycho-névrosiques et le tableau des processus organiques graves. C'est ainsi que Bornsztajn a différencié antérieurement déjà des formes de schizophrénie telles que la schizophrénie « réactiva circumscripta », la schizophrénie débutant par des obsessions et la schizophrénie somato-psychique, qui fait l'objet de la présente publication. Mais dans toutes ces formes, les symptômes cardinaux de la schizophrénie, l'autisme et les troubles endocriniens sont à la base de la symptomatologie.

FRIBOURG-BLANC.

Le problème de la schizophrénie gemellaire et les questions de l'hérédité du don musical (Zwillings problem der Schizophrénie und zur Frage der Vererbung musikalischer Begabung), par H. HARTMAN et F. STUMPFEL (de Vienne), suivi de considérations anthropologiques, par N. WENINGER, R. RUTIL & E. GEYER. *Zeitschr. f. d. ges. Neuro. u. Psych.*, 1933, Tome CXLIII, p. 349 à 380.

Etude de deux jumeaux, Ri et Ru Z., de même sexe; qui sont entrés à l'asile à deux ans de distance avec un tableau de démence précoce à forme paranoïde. L'un, Ri, était d'un caractère enjoué, musicien de talent, et présentait des tendances homosexuelles. C'est à l'occasion d'un conflit érotique qu'il a présenté des troubles mentaux : idées de persécution et ensuite hallucinations de l'ouïe à thèmes plus ou moins érotiques. — Ru était d'un

caractère plus posé, renfermé, musicien sans talent, il a présenté un délire hallucinatoire deux ans après son frère. A propos de ces cas, Hartman et Stumpf, qui ont déjà publié l'observation de deux jumeaux de ce type, envisagent la question de l'hérédité des dons musicaux. Ils se réfèrent aux travaux récents de Hoecker, Ziehen et Mjöen sur ce sujet et rappellent les observations envisagées à ce point de vue des jumeaux de Lottig (1931). Les conclusions qu'ils présentent laissent le problème en suspens, ce qui est bien compréhensible si l'on veut bien admettre avec Haecker et Ziehen que dans ce qu'on appelle « le don » musical, entrent bien des composantes (facteurs sensoriels, mnésique, d'invention et de conception, moteur). Il paraît aux auteurs qu'il y aurait un certain antagonisme entre le don musical et la virtuosité aux échecs.

MM. R. Routil et E. Geyer ont étudié l'anthropologie des jumeaux Z. Toutes les mensurations possibles et imaginables (une centaine de mesures) ont été faites. Ils concluent que, quoique il s'agisse en gros de simples variations d'une gémellité *univitelline*, les deux jumeaux présentent des différences individuelles.

M. J. Werninger a spécialement étudié la tête, la face et la structure du corps. « Dans l'ordre des caractères morphologiques, il y a de grandes analogies ; au point de vue anthropologique, il y a quelques différences. » Ri est de type complètement pyknique. Ru est d'un type pyknique un peu moins accusé. Dans l'ensemble, le caractère *univitellin* de leur gémellité est confirmé.

M. Werninger aboutit à la même conclusion de l'examen anthropométrique des mains et des doigts.

Telles sont les données non négligeables de cette étude psycho-somatique, dont on ne peut qu'admirer la patience méthodique à défaut de contribution précise à la conception kretschmérienne qui, pour être rigoureuse, aurait peut-être exigé de ces « *pykniques* » qu'ils ne fussent pas des « *schizophrènes* ».

Henri Ey.

Les psychoses des frères et sœurs des schizophrènes, par A. GALATCHIAN. *Soviettskaia nevropatologiya, psichiatria i psichogigiena*, T. II, fasc. 1, 1933).

M. Galatchian réunit 11 observations de schizophrènes, dont les frères et sœurs étaient atteints également de troubles psychiques, et appartenaient au même groupe nosologique. Dans quatre autres groupes, les psychoses étaient diverses. Deux fois il s'agissait de poussées aiguës chez des sujets ayant une faible valeur psychique. Une fois les troubles présentés avaient un caractère héréditaire et une fois il s'agissait d'épilepsie. Ce polymorphisme des formes rencontrées trouve une explication génétique dans l'analyse habituelle des faits.

La recherche trop assidue des causes exogènes est inutile et même dangereuse, car elle pourrait égarer le diagnostic.

FRIBOURG-BLANC.

Le phénomène de Petrazzini : l'oreiller psychique (El fenomeno de Petrazzini : la almohadá psíquica), par A. Foz. *Boletín del Instituto Psiquiátrico* (Rosario), n° 16, pp. 105-108, janvier-février-mars 1933.

Il n'est pas rare d'observer des aliénés, au repos dans le decubitus dorsal, la tête en flexion antérieure sans appui sur l'oreiller, se maintenir

dans cette position pendant un temps considérable sans donner la moindre impression d'effort ni de fatigue. C'est le signe de Petrazzini. Il est considéré comme un phénomène d'ordre catatonique. Dans l'observation présente, l'auteur signale la passivité psychique du malade et oppose sa réaction à celle des lésions du mésocéphale dans laquelle le patient lutte contre l'obstacle moteur.

P. CARRETTE.

Acalculie [Henschen] ; étude clinique (Acalculia [Henschen] ; a Clinical Study), par H. Douglas SINGER et Abraham A. Low. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXIX ; n° 3, pp. 467-498, mars 1933.

L'acalculie, incapacité d'effectuer des opérations mathématiques simples, est un trouble de l'expression de la pensée, rarement isolé, généralement associé à d'autres manifestations aphasiques et agraphiques consécutives aux lésions cérébrales en foyer. C'est à Henschen qu'on doit l'étude la plus complète sur la question. Le travail de Singer et Low s'appuie sur l'analyse d'un cas d'acalculie et d'agraphie résultant d'un empoisonnement par l'oxyde de carbone. Les opérations suivantes sont troublées : addition, possibilité de compter dans une direction déterminée, édification d'un tout sans analyse des composantes. D'après Natorp, l'acalculie répond à une agnosie générale par perte de la notion de symétrie et de la fonction fondamentale du zéro comme point de départ. Ce point de vue n'est pas universellement applicable, car il en est de l'acalculie comme de l'aphasie ; ainsi que le fait observer Paul Schilder, l'acalculie peut être strictement visuelle — dans le cas présent — mais elle est parfois motrice par agnosie ou agraphique.

P. CARRETTE.

NEUROLOGIE

Neurographie, par Egas MONIZ et Luiz PACHECO. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, août 1933).

Avant d'étudier le thorotrast dans l'épreuve angiographique, les auteurs avaient pratiqué une série d'expériences, en faisant des injections sous-cutanées, intradermiques et intramusculaires, afin de vérifier la tolérance des tissus à la suspension colloïdale du bioxyde de thorium.

Après les travaux de Makato Saïko sur la visibilité des nerfs par les injections de thorotrast, ils ont étudié les résultats de l'injection dans certains nerfs périphériques, en choisissant un nerf très accessible, le cubital, chez des individus normaux et chez des lépreux. Ils exposent la technique et le mode d'absorption : ils ont constaté la permanence du thorotrast dans le nerf, alors que sa présence est passagère dans les lymphatiques que le hasard leur a permis de mettre en évidence.

La neurographie chez les lépreux montre des images plus diffuses. Les auteurs pensent que chez les lépreux comme chez les individus normaux, le thorotrast n'atteint pas les fibres nerveuses, mais se fixe au tissu conjonctif qui les protège.

« La neurographie, concluent les auteurs, est une intéressante acquisition radiographique, mais dans la pratique clinique, elle n'aura que de très rares applications. »

SENGÈS.

La ventriculographie. Technique. Résultats. Indications, par Th. de MARTEL, J. GUILLAUME et J. PANET-RAYMOND. *La Presse Médicale*, n° 41, pp. 834-839, 24 mai 1933.

Nous possédons aujourd'hui d'amples renseignements sur la ventriculographie, mais la lecture de cette communication ne sera pas inutile. La mise au point technique est remarquablement exposée et les quatre figures explicatives sont parfaitement choisies. Ajoutons à ces détails huit radios avec légendes et schémas qui achèvent l'initiation. Les auteurs rappellent que la ventriculographie est une opération qui, bien faite, est pratiquement sans danger. Les accidents ne surviennent — et encore très rarement — que chez des sujets atteints de tumeur cérébrale à un stade avancé. Dans les 300 cas où elle a été pratiquée par de Martel, Guillaume et Panet-Raymond elle a été une ressource diagnostique de premier ordre, le complément indispensable de l'examen clinique.

P. CARRETTE.

Contribution à l'étude de la douleur, par M. Maurice de LAET (*Journal Belge de Neurologie et Psychiatrie*, Février 1933).

L'étude des réactions vaso-motrices provoquées par la douleur montre que la douleur provoque une superposition de facteurs émotionnels et de facteurs neuro-végétatifs — ce qui rend difficiles à interpréter, et contradictoires, les conclusions de nombreux chercheurs qui ont étudié les réactions cardio-vasculaires de la douleur. Pour départager l'influence de ces facteurs, l'auteur a cherché si la douleur n'est pas susceptible de modifier l'équilibre acide-base des humeurs. Etudiant 26 malades à la Clinique dentaire de l'Université de Bruxelles, l'auteur semble pouvoir conclure de ces expériences, que la douleur d'une certaine importance provoque chez la plupart des individus des réactions essentiellement sympathicotoniques. L'action cérébrale (émotions) tendrait, par contre, à neutraliser certains de ces phénomènes, et aurait une influence alcalosante. Ces conclusions devraient être confirmées par l'étude de la narcose, dans laquelle on devrait observer une accentuation de l'acidose.

SENGÈS.

Les réflexes olfactifs et leur valeur sémiologique, par M. R. NYSSSEN. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, juin 1933).

Étant donné l'importance des troubles olfactifs d'origine traumatique (travaux de Woelk, de Bostroem et de Laemmle), l'auteur a recherché avec Helmsmørtel Jr et Thienpont, les troubles olfactifs chez 43 traumatisés du crâne. Les causes d'erreurs d'appréciation sont difficiles à éliminer, ainsi que la simulation. Les auteurs ont cherché des moyens de contrôle objectif : réflexe psycho-galvanique et modifications respiratoires et vasculaires. L'interprétation est malgré tout délicate. « Les réflexes olfactifs ne peuvent être considérés comme des critères objectifs d'une valeur absolue. » Ils ne constituent que des renseignements plus ou moins importants pouvant très utilement compléter un faisceau d'autres renseignements et de constatations directes.

SENGÈS.

Etude statistique et étiologique sur l'anosmie, par M. F.-J. COLLET. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, Juin 1933).

L'auteur, résumant des documents personnels, et rappelant par ailleurs, les travaux qu'il a publiés sur la question, étudie l'anosmie d'origine nasale, l'anosmie traumatique et l'anosmie en pathologie nerveuse (tabès, tumeurs cérébrales, hémiplégie organique où elle est rarement observée).

Il met en évidence les faits qui paraissent tenir sous leur dépendance, la pathologie des nerfs olfactifs; l'absence de protection de l'organe de l'olfaction contre les influences extérieures, la fréquence des inflammations de la muqueuse nasale, enfin la disposition histologique des cellules nerveuses, origine et centre trophique des nerfs olfactifs dans la muqueuse même, expliquent la gravité des atteintes de ces cellules et le caractère définitif de l'anosmie qui en résulte.

SENGÈS.

A propos de l'anosmie héréditaire familiale et congénitale, par MM. R. NYSSSEN, J. HELSMOORTEL Jr et R. THIENPONT. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, Juin 1933).

Collet fait des réserves sur l'existence de l'anosmie héréditaire et familiale. Tout en les partageant, les auteurs croient qu'on peut la rencontrer, quoique très rarement. Alikan (1920) a décrit une famille de 30 membres, dont 11 sont anosmiques, 4 hyposmiques et 2 épileptiques. La transmission se ferait par les femmes mais intéresse les deux sexes. Les auteurs ont étudié une famille de 28 membres dont 5 anosmiques; en tenant compte des membres vivants ou aptes à se prêter à un examen — 5 cas sur 14 personnes. — On ne trouvait dans la famille ni tuberculeux, ni manifestations syphilitiques. La cause anatomique échappe (radiographie négative de l'ethmoïde).

L'étroitesse anormale de la lame criblée ne peut être incriminée dans les cas étudiés.

SENGÈS.

Les troubles olfactifs dans les traumatismes cranio-cérébraux, par MM. HELSMOORTEL Jr, R. NYSSSEN et R. THIENPONT. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, juin 1933).

Les travaux de H.-A. Woelk, A. Bostroem, H. Laemmle, insistent sur l'importance de la fréquence de l'anosmie traumatique. Les auteurs ont rassemblé 43 cas de traumatisme cranio-cérébral chez lesquels ils ont examiné l'odorat en ayant recours à l'enregistrement des réactions respiratoires et plethysmographiques et à l'examen radiographique.

20 sujets sur 43 présentaient des troubles olfactifs d'intensité variable. Quand l'anosmie est complète, la fracture de l'ethmoïde est fréquente, ce qui corrobore les constatations de Laemmle sur la grande fréquence des troubles olfactifs dans les lésions de l'étage antérieur du crâne; mais ils n'ont rencontré, qu'une seule fois, des troubles olfactifs par chute sur la région occipitale, contrairement aux statistiques établies par les auteurs.

SENGÈS.

Syncinésies et syntonies faciales normales et pathologiques, par Jiri VITEK et Vera SAJDOVA. *Revue de Neurologii et Psychiatrii*, n° 5, mai 1933.

Les syncinésies étudiées systématiquement dans 12 cas de paralysies faciales périphériques ont été trouvées 10 fois du côté paralysé pour 2 fois du

côté sain. La recherche du réflexe naso-palpébral ou oculo-frontal, dans les paralysies affectant la branche inférieure ou supérieure de la 7^e paire, a permis de vérifier les modifications syncinétiques avec réponse amoindrie du côté lésé. Les troubles, qu'ils soient d'origine centrale ou périphérique, ne paraissent pas modifier la syncinésie oculo-auriculaire.

P. CARRETTE.

Myoclonus rythmique des muscles du palais, du pharynx, du larynx et d'autres régions. Observation clinique de 3 cas (Rhythmic Myoclonus of the Muscles of the Palate, Pharynx, Larynx and Other Regions. A Clinical Report of Three Cases), par Henry Alsop RILEY et Samuel Brock. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXIX, n° 4, pp. 726-741, avril 1933.

Les myoclonies liées à des excitations des nerfs craniens dont les voies centrales sont en relation avec d'importantes formations mésencéphaliques, sont beaucoup moins connues que l'histoire clinique des mouvements involontaires rythmés de la musculature superficielle. Ces myoclonies du palais, du larynx, du pharynx ou du diaphragme, décrites à plusieurs reprises par Guillain et Mollaret, seraient l'expression de lésions qui, d'après ces deux auteurs siègeraient dans le périmètre d'un triangle dont l'angle inférieur serait l'olive bulbaire, l'un des côtés le faisceau olivo-dentelé aboutissant aux noyaux dentelés cérébelleux, l'angle supérieur le noyau rouge, le côté intermédiaire aux deux formations précédentes, le pédoncule cérébelleux supérieur, le troisième côté enfin la bandelette longitudinale postérieure. Du noyau rouge à l'olive bulbaire cette dernière voie est en contact étroit dans la protubérance avec le faisceau réticulé et le faisceau central de la calotte. L. van Bogaert et Bertrand en constatant la dégénérescence de ces diverses formations dans des cas de myoclonus confirment le schéma de Guillain et Mollaret. Les trois observations cliniques présentes paraissent correspondre assez exactement aux localisations mésencéphaliques énumérées.

P. CARRETTE.

Myoclonus palatin. Observation de 2 cas avec autopsie (Palatal Myoclonus Report of Two Cases with Necropsy), par Walter FREEMAN. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXIX, n° 4, pp. 742-755, avril 1933.

Les deux cas de myoclonies vélo-palatine et pharyngienne présentaient à l'examen du système nerveux des lésions dégénératives mésencéphaliques intéressant le faisceau central de la calotte protubérantielle et l'olive bulbaire, compliquée de lacunes d'autres parties du tronc cérébral. Freeman attribue au faisceau central un rôle dans la syncinésie du système facio-respiratoire automatique.

P. CARRETTE.

Les troubles méconnus des constricteurs du pharynx ; leur interprétation neurologique à propos d'une observation de chorée, par Henry PROBY. *La Presse Médicale*, n° 18, p. 348, 4 mars 1933.

La chorée frappe avec prédilection les muscles soumis à des efforts répétés. On étudie classiquement leurs mouvements anormaux à la face et aux membres, mais on néglige trop souvent l'analyse des troubles pharyngés. Proby les décrit dans un cas de chorée et insiste sur l'imprécision des don-

nées courantes dans certains domaines de la pathologie pharyngée. Il convient notamment de distinguer les paresthésies, des troubles purement musculaires et des lésions des conducteurs nerveux.

P. CARRETTE.

Le phénomène de Babinski chez les nourrissons, par M. SCHACHTER (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, Février 1933).

Dans cette revue générale, M. Schachter, après un bref rappel historique, énumère les opinions des divers auteurs qui se sont occupés de la question, en France et à l'étranger. L'auteur a fait également quelques recherches personnelles. Il admet, avec la majorité des auteurs, que jusqu'à l'âge de deux ans environ, le phénomène de Babinski « n'a aucune valeur sémiologique importante ».

SENGÈS.

Equilibre vago-sympathique et obésité, par Y. KERMORGANT. *Le Progrès Médical*, n° 21, pp. 968-971, 27 mai 1933.

Pour beaucoup de médecins, l'obésité est ramenée à un trouble strictement glandulaire et la dysendocrinie admise appelle l'équation thérapeutique : syndrome glandulaire égale opothérapie de remplacement. Quand un déséquilibre vago-sympathique est à la base d'un cas d'obésité, le traitement endocrinien échoue et l'amaigrissement n'est obtenu qu'à la suite de la restauration du tonus neuro-végétatif normal, contrôlé par l'état du réflexe oculo-cardiaque.

P. CARRETTE.

Au sujet de l'influence des zones vasosensibles réflexogènes de l'aorte et des sinus carotidiens sur l'excitabilité corticale motrice, par MM. C. HEYMANS et J. J. BOUCKAERT. *La Presse Médicale*, n° 36, pp. 729-730, 6 mai 1933.

L'énervation des zones réflexogènes de l'aorte et des sinus carotidiens a été préconisée récemment par Danielopolu comme traitement des phénomènes convulsifs de l'épilepsie. Heymans et Bouckaert se déclarent adversaires de cette méthode. Leur argumentation est basée d'abord sur la physiopathologie des phénomènes cortico-moteurs, exagérés, disent-ils, par la suppression des nerfs cardio-aortiques et sino-carotidiens, et ensuite, sur la constatation des troubles du rythme cardiaque, des accidents respiratoires et de l'hypertrophie de certains systèmes glandulaires consécutifs à l'intervention.

P. CARRETTE.

Contribution à la pathophysiologie du nystagmus de la tête chez l'homme, par J. ROTHFELD (*Rocznik Psychjatryczny*, fasc. XXI, 1933).

A l'occasion d'une observation personnelle de nystagmus de la tête, survenu au cours du parkinsonisme post-encéphalitique, l'auteur analyse les observations cliniques déjà connues dans la littérature et les rapproche des résultats qu'il obtient expérimentalement chez les lapins. Il conclut que, chez l'animal, la réalisation du nystagmus de la tête par l'irritation de l'appareil vestibulaire est obtenue par l'intermédiaire des noyaux sous-corticaux. Le striatum et la partie antérieure du thalamus contiennent le centre du nystagmus rapide du côté opposé. La partie postérieure du thalamus renferme le centre de mouvements du nystagmus lent du même côté.

Chez l'homme, le nystagmus de la tête est rare. Sur les cinq cas connus

de l'auteur, en comptant le sien, deux ont été consécutifs à des fistules labyrinthiques, dans trois autres, il existait des lésions des noyaux sous-corticaux. Il semble que, chez l'homme, dans le nystagmus de la tête, à côté des lésions des centres sous-corticaux, le facteur indispensable pour la réalisation de ce syndrome est une lésion, soit du nerf vestibulaire au niveau du bulbe, soit au niveau des faisceaux réunissant ce centre aux noyaux sous-corticaux.

FRIBOURG-BLANC.

Contribution à la séméiologie des troubles pseudo-cérébelleux et vasmoteurs d'origine paracentrale, par MM. Ludo Van BOGAERT et Rodolphe Albert LEY. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, Février 1933).

Glaude et Lhermitte, Foix, Thévenard et Nicoleses, Alajouanine et Lemaire ont rapporté pendant et après la guerre, des observations de troubles cérébelleux divers, associés à une lésion de la région paracentrale. Un malade de même genre a été présenté par un des auteurs devant la Société belge de Neurologie en 1925-26, mais la vérification anatomique ultérieure a montré des lésions plus diffuses et plus complexes. L'observation actuelle dans laquelle s'associaient des troubles cérébelleux et un hémisindrome sympathique, était pure au point de vue pathologique, et révélait une lésion minime et localisée de la corticalité pariéto-paracentrale, sans lésions importantes opto-striées et sans aucune lésion du tronc cérébral, du cervelet et du bulbe.

SENGÈS.

Syndrome extrapyramidal et mésencéphalique dans un cas de tumeur cérébrale, par E. HERMAN. (*Rocznik Psychiatryczny*, fasc. XXI, 1933).

M. Herman relate l'observation d'une femme de 46 ans, chez laquelle s'est installée progressivement, à côté d'une hémiparésie gauche et d'une parésie du bras droit, une très riche symptomatologie relevant des syndromes : parkinsonien, pyramidal et mésencéphalique. Il y avait de plus des troubles psychiques et de l'hypertension crânienne. Il s'agirait probablement d'une lésion diffuse due à une tumeur de la substance blanche.

FRIBOURG-BLANC.

Diplégie avec opisthotonos chez un enfant. Porencéphalie, par MM. de Vos et DIVREY. (*Journal belge de Neurologie et de Psychiatrie*, juillet 1933).

Observation clinique et anatomo-pathologique d'un cas de diplégie survenu chez un enfant né à terme, d'apparence normal jusqu'à 8 mois. L'auteur passe en revue les diverses causes de la lésion produisant le syndrome diplégie cérébrale infantile : maladie de Little, rigidité congénitale régressive de Mme Vogt (état marbré du striatum), rigidité pallidale progressive de C. et O. Vogt (état dysmyélinique du pallidum). Dans le cas actuel, il s'agirait de porencéphalie. L'auteur discute le mécanisme de la formation de lacunes porencéphalitiques en rappelant les travaux de Schwartz et de Siegmund dans le rôle important des traumatismes obstétricaux. Il ne faut pas cependant dénier l'importance des facteurs encéphalitiques dans la genèse de certaines encéphalopathies infantiles. La corrélation entre les faits cliniques et les données anatomo-pathologiques n'est pas toujours facile à établir ainsi que le démontre l'observation publiée.

SENGÈS.

De la constitution morphologique des tabétiques (Sulla costituzione morfologica dei tabetici), par le Dr Umberto Porri. *Rivista di Neurologia*, octobre 1933, p. 535 à 559.

Travail d'application de la méthode anthropométrique de Viola, suite du précédent (*Il Cervello* 1930). La majorité des cas de tabès dorsal pur appartient à la constitution microsplanchnique longiligue basse. Dans les cas d'atrophie optique. Il s'agit d'une constitution mega splanchnique breviligue basse. Quand le tabès et l'atrophie optique se trouvent associés, il existe une série de types de passage. La selle turcique est, chez les tabétiques, de dimensions inférieures à la normale, fait à mettre en relation, selon l'auteur, avec l'hypopituitarisme constitutionnel de ces sujets. Henri Ey.

Paraplégie en flexion et signe de Lhermitte. Dégénérescence subaiguë combinée de la moelle (Paraplegia in Flexion and the Symptom of Lhermitte. Subacute Combined Degeneration of the Cord), par George B. Hassin. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXIX, n° 4, pp. 855-861, avril 1933.

La discussion de cette communication évolue autour du problème étiologique des paraplégies en flexion à propos d'un cas où le syndrome paralytique s'accompagne de la sensation de décharge électrique décrite par Lhermitte. Hassin montre que la paraplégie flasque n'est pas nécessairement liée à la compression médullaire. Elle répond à des causes variées telles que la sclérose latérale amyotrophique, la sclérose multiple, la dégénérescence subaiguë combinée. P. GARRETTE.

Paraplégie spasmodique du type Strumpell non familiale, par M. Ludo VAN BOGAERT. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, juin 1933).

Observation d'une fillette de 10 ans, chez laquelle s'est développée très lentement une paraplégie spasmodique, sans troubles sphinctériens, sans troubles sensitifs, ni troubles cérébelleux. Fond d'œil intact. Cette paraplégie s'accompagne d'une cyphose cervico-dorsale nette. L'examen du liquide céphalo-rachidien a montré une première fois une légère hyperalbuminose, une deuxième fois un liquide normal. Une enquête familiale minutieuse a montré l'absence, dans les antécédents familiaux, de tout autre cas de paralysie spinale. SENGÈS.

Paralysie infantile (Parálisis infantil), par Manuel F. TERRIZZANO. *La Semana Médica*, n° 21, pp. 1783-1792, 25 mai 1933.

L'auteur ambitionne surtout de nous montrer à l'occasion d'une étude de pathologie médicale, les bienfaits de la kinésithérapie dans la maladie de Heine-Medin. Le sérum est utile pendant la période initiale au cours de l'évolution du processus aigu. Les rayons X ne sont pas à négliger. De même que les courants galvaniques, ils ont une action trophique et anti-spasmodique. Si les premiers offrent quelques dangers, les seconds opèrent trop lentement. La diathermie est délicate à manier à cause des réactions congestives qu'elle provoque.

Le danger capital de la paralysie infantile réside dans la gravité des séquelles sensitivo-motrices et c'est l'application patiente de la kinésithérapie qui, — pour Terrizzano, — les réduira au minimum. Massage, exci-

tation vibratoire courte (analgésique) et longue (stimulante), gymnastique, mécanothérapie et rééducation motrice, telles sont les modalités d'un système de traitement indispensable au médecin qui veut ne rien négliger, non seulement pour sauver son malade, mais pour le rendre dans le meilleur état possible à la vie normale.

P. CARRETTE.

Etude physiopathologique de deux cas familiaux de myopathie distale tardive, par MM. Jacques LEY et Jean TITECA. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, Mars 1933).

Les auteurs décrivent minutieusement deux cas personnels de myopathie distale tardive survenue chez deux frères. Le diagnostic entre le syndrome myopathique et les amyotrophies d'origine centrale, est établi par une série d'examen cliniques, biologiques, anatomo-pathologiques. Il existait dans leur cas des troubles cardiaques à forme de myocardie de Laubry, et un certain nombre de troubles trophiques, vaso-moteurs, cutanés et dermiques, montrant que les troubles de la musculature ne sont que le symptôme principal d'un syndrome plus général, comportant l'atteinte élective de certains éléments mésodermiques et ectodermiques. Discutant l'étiologie et la pathogénie de la myopathie, les auteurs croient que l'affection est due, non à des facteurs exogènes, mais à des facteurs prédéterminants, dont l'origine réside probablement dans des altérations germinatives. Pour éclairer la physiopathologie de cette affection, ils ont fait une série de recherches et d'examen, portant sur l'abolition des réflexes tendineux, les troubles cardiaques, le métabolisme de la créatinine. Plusieurs planches photographiques complètent ce travail.

SENGÈS.

Myélite avec trismus après sérothérapie antitétanique. Evolution favorable, par M. Ludo VAN BOGAERT. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, juin 1933).

Observation d'une fillette de 10 ans, chez laquelle est apparue une myélite flasque avec trismus intense et fièvre, douze jours après une plaie infectée de la main et 8 jours après une injection de sérum antitétanique.

L'auteur discute le problème du diagnostic différentiel entre une complication médullaire et masticatrice due au tétanos, diagnostic qui commandait un traitement antitétanique intense, et une myélite sérothérapique, dont le diagnostic était particulièrement délicat, étant donné l'existence d'un trismus. L'évolution rapidement favorable permettait d'affirmer le diagnostic de myélite post-sérothérapique, le trismus constaté pouvant exceptionnellement s'observer en dehors du tétanos, et les complications endo-arachnoïdiennes de la maladie sérique paraissant à l'auteur moins exceptionnelles qu'on ne le pense généralement.

SENGÈS.

Myélite transverse par myélomalacie chez un alcoolique, par MM. Pierre BORREMANS et Ludo VAN BOGAERT. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, juin 1933).

Ce syndrome est excessivement rare au cours des myélomalacies. L'observation publiée par les auteurs concerne un alcoolique âgé de 56 ans, chez lequel on doit retenir l'existence antérieure d'un traumatisme vertébral.

L'évolution a été celle d'un syndrome aigu de myélite transverse. « Le

traumatisme antérieur a contribué à localiser au niveau du segment cervico-dorsal un processus de capillarite thrombosante, propre aux intoxications alcooliques chroniques et dont l'évolution naturelle a conditionné le foyer myélomalacique. »

L'observation soulève également un fait médico-légal de grand intérêt, à cause du rôle joué par le traumatisme.

SENGÈS.

Contribution clinique à l'étude des radiculites (Contributo clinico allo studio delle Radicaliti), par le Dr Giuseppe GIANNELLI (Rome). *Il Cervello*, novembre 1933, p. 337 à 424.

Etude clinique complète avec historique et bibliographie de 1908 à 1930. L'Auteur, basant son étude sur 37 observations, distingue : 1° les radiculites cervicales ; 2° les radiculites dorsales ; 3° les radiculites lombo-sacrées ; 4° les radiculites sacro-coccigiennes ; 5° les radiculites des nerfs craniens ; 6° les radiculites disséminées ou multiples. Ce sont des affections plus fréquentes chez les hommes. L'étiologie syphilitique est la plus fréquente, ensuite viennent, par ordre de fréquence, le paludisme, l'influenza, la blennorrhagie et les intoxications chroniques. Dans les formes traumatiques, les troubles trophiques sont plus graves. Le signe de Lasègue est négatif dans les radiculites pures. Les formes lombo-sacrées se voient le plus souvent.

Henri Ey.

Radiculite par spondylite mixte goutteuse et infectieuse (Radiculitis por espondylitis mixta, gotosa e infecciosa), par G. MARAÑON. *Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*. T. XXXVI, n° 8, pp. 220-222, 25 février 1933.

De nombreuses névralgies du tronc sont liées à la spondylite cervico-dorsale, résultat de la fréquente association de la goutte et d'une infection streptococcique. Des deux malades de Marañon, le père et le fils également porteurs de tophi, c'est le père, atteint d'une gingivite ancienne et de carie dentaire qui présente un syndrome douloureux hémithoracique et polyarticulaire.

P. CARRETTE.

Physiologie du Trijumeau, par J. DUGUET. *Biologie Médicale*, T. XXIII, n° 5, pp. 193-219, mai 1933.

La physiologie du Trijumeau, qui nous était connue classiquement surtout par l'expérimentation, tend de plus en plus à emprunter sa documentation aux faits cliniques. Ils sont venus corriger ce que les imperfections de la technique ou l'insuffisance de l'asepsie ont pu ajouter d'erreurs aux documents utilisés. L'excellente étude de Duguët nous renseigne sur l'essentiel de l'historique, du rôle sensitif et moteur, sécrétoire et vaso-moteur, trophique et sensoriel de la 5^e paire de nerfs craniens. Un aperçu physiologique complet du Trijumeau doit désormais grouper, avec les 3 branches périphériques, le ganglion de Gasser, les racines, les noyaux et les voies centrales, les nombreux filets sympathiques qui lui apportent la majeure partie de ses possibilités vaso-motrices.

P. CARRETTE.

Convergence des globes oculaires insuffisante dans la paralysie périphérique du nerf facial (*Convergenza dei bulbi oculari insufficiente nella paralisi periferica del nervo facciale*), par C. ROASENDA (Turin). *Riv. di patol. nerv. e ment.*, septembre-octobre 1933, p. 376 à 388.

On observe chez un certain nombre de malades atteints de paralysie faciale périphérique une convergence limitée. Cela peut s'expliquer par l'exophtalmie due à la paralysie du muscle orbiculaire des paupières.

Henri Ey.

Fibres douloureuses et tactiles dans les nerfs périphériques (Pain and Touch Fibers in Peripheral Nerves), par Peter HEINBECKER, George H. BISHOP et James O'LEARY. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXIX, n° 4, pp. 771-789, avril 1933.

L'excitation électrique appliquée aux territoires sensitifs cutanés et aux troncs nerveux permet de préciser directement les voies de la douleur et du tact. Les premières se reconnaissent à leur propagation lente (30 à 15 mètres à la seconde). Leur chronaxie courte les identifie aux fibres du type somatique. Les sensations tactiles sont transmises par les voies les plus longues et les plus irritables. Les auteurs tendent à admettre la spécificité des groupes de fibres, dont la topographie serait commandée par l'origine et les connexions.

P. CARRETTE.

De la sciatique traumatique, par Georges LECLERC et Joseph PONT. *La Presse Médicale*, n° 31, pp. 627-628, 19 avril 1933.

Deux observations de sciatique consécutive à la flexion forcée du rachis s'accompagnent de réaction méningée sous la forme d'une dissociation albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien. Leclerc et Pont attribuent cet accident nerveux, sans trace de fracture, au tiraillement ou à l'écrasement de la cinquième racine lombaire sur les saillies osseuses voisines.

P. CARRETTE.

Etiologie des polynévrites (Etiology of Polyneuritis), par I. S. WECHSLER. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXIX, n° 4, pp. 813-827, avril 1933.

Certaines polynévrites entrent dans la catégorie des avitaminoses comme le prouvent l'examen des réactions digestives, l'effet du régime et les cas observés au cours des grossesses avec vomissements incoercibles. D'autres en apparence liés à des intoxications par l'alcool, le plomb, l'arsenic ou le phosphore relèvent également de l'avitaminose et le traitement devra s'inspirer de cette double considération étiologique. L'absence de vitamines réaliserait un état de moindre résistance du système nerveux. Au cours des polynévrites il serait alors vulnérable à ses deux extrémités, périphériques où se développeraient des lésions inflammatoires et centrales où le poison, à la faveur de l'insuffisance hépatique, provoquerait la dégénérescence des racines, de la moelle et même, comme dans le syndrome de Korsakoff, de l'encéphale.

P. CARRETTE.

A propos de la névralgie du fémoro-cutané, par J.-A. CHAVANY. *Le Bulletin Médical*, n° 10, pp. 180-181, 11 mars 1933.

Le syndrome du fémoro-cutané est caractérisé par des douleurs de la face externe de la cuisse, des paresthésies, des troubles vaso-moteurs. Il est assez souvent confondu avec la sciatique, l'arthrite chronique de la hanche, l'oblitération artérielle. Si les traitements habituels de l'affection causale ne suffisent pas, ou si le diagnostic de celle-ci ne s'impose, Chavany recommande successivement la radiothérapie radiculaire, l'alcoolisation directe du tronc nerveux au niveau de l'échancrure innommée, la résection.

P. CARRETTE.

PSYCHOLOGIE

Le symbolisme dans la langue, par Georges DUMAS (in *Revue philosophique*, janvier 1934).

Exposé clair, illustré d'exemples nombreux et pittoresques de la façon dont l'homme a été obligé de recourir aux symboles pour rendre communicable à autrui la réalité subjective, non mesurable, ni localisable de son esprit.

Le symbole est fondé sur l'analogie qui, elle-même, est une ressemblance non entre les choses, mais dans les rapports que les choses ont entre elles. Le langage symbolique est fondé sur l'analogie du signe et de l'objet signifié. Il fait passer dans le plan du sensible, de la matière objective mesurable et perceptible aux sens, le subjectif, le psychique qui n'a rien de concret. Grâce à lui, chaque individu révèle aux autres, les sentiments, les pensées, les qualités abstraites, ou mieux les réalités mentales de soi-même.

C'est ainsi que dans toutes les langues, les épithètes formelles tirées des sensations visuelles, olfactives, auditives, tactiles servent à exprimer les qualités de l'esprit et du cœur, les émotions, tendances, désirs et besoins. Et c'est par des symboles plus ou moins évocateurs d'objets ou d'actes charmants que, dans les milieux sociaux de bonne éducation, sont exprimées les manifestations de l'instinct sexuel.

Si grandes que soient les clartés de cette étude sur l'expression symbolique de la pensée normale, elles ne suffisent pas à percer l'obscurité qui nous cache la pensée morbide. Comment, en effet, les éléments foncièrement individuels d'un état de conscience pathologique pourraient-ils s'exprimer en un symbole qui soit intelligible pour une autre conscience que celle où ces états se produisent ? Si le problème de l'expression verbale des concepts morbides n'est pas insoluble, nul ne serait plus qualifié que M. Georges Dumas pour tenter de le résoudre. Or il est à noter précisément qu'il ne fait aucune allusion dans son article au langage des aliénés. Quant aux solutions naïvement normomorphiques, proposées par les psychanalystes, elles ne sauraient satisfaire que les amateurs de calembours.

Paul COURBON.

Au seuil du langage, par Henri DELACROIX (*Journal de Psychologie*, janvier-avril 1933. Numéro exceptionnel. Psychologie du langage : Théorie du langage).

Pourquoi les animaux, en particulier les singes anthropoïdes, ne parlent-ils pas ? Pourquoi les enfants peuvent-ils apprendre à parler ? C'est que

« la parole est supportée par le signe », qu'à la base de l'acquisition de la parole, il y a « toute une série d'opérations mentales plus complexes que celles qui règlent la compréhension des situations élémentaires et la manipulation des objets ».

D. L.

L'évolution du langage, par R. A. S. PAGET (*Journal de Psychologie*, janvier-avril 1933. Numéro exceptionnel. Psychologie du langage : Théorie du langage).

La parole humaine est le résultat acoustique de deux classes d'actions musculaires, toutes deux inconscientes, l'articulation, geste mimique de la langue, des lèvres, etc., apparentée directement à la mimique naturelle du corps par laquelle l'humanité tend à exprimer ses idées, et la phonation, qui est le résultat acoustique des changements d'« expression » du larynx et des cavités avoisinantes, changements liés aux modifications d'expression du visage et signes de variations émotionnelles. Les racines auraient donc un symbolisme précis, et l'on pourrait à cet égard faire des rapprochements entre des langues très éloignées et sans rapports historiques.

D. L.

Le langage et la construction du monde des objets, par Ernst CASSIRER (trad. P. Guillaume) (*Journal de Psychologie*, janvier-avril 1933. Numéro exceptionnel. Psychologie du langage : Théorie du langage).

L'auteur montre tour à tour le rôle du langage dans la construction des objets dans le monde des choses, dans le monde de la volonté et du moi, dans le monde social, dans le monde de la pure imagination. Après d'intéressantes réflexions sur les rapports du langage et de la pensée (le langage n'est pas une simple transposition de la pensée, il coopère à l'acte qui la pose), il termine en exprimant le vœu que les sciences particulières qui s'occupent du langage collaborent davantage.

D. L.

La logique et la linguistique, par L. JORDAN (*Journal de Psychologie*, janvier-avril 1933. Numéro exceptionnel. Psychologie du langage : Théorie du langage).

L'auteur dépose d'originales conceptions sur les rapports de la logique et de la linguistique générale. Il définit une « logique nouvelle », sortie des résultats des sciences inductrices, transformable avec leurs progrès, servant à perfectionner une langue artificielle complétée par une écriture idéographique. Touffu, impossible à analyser, mais intéressant.

D. L.

La pensée et la langue, ou comment concevoir le rapport organique de l'individuel et du social dans le langage ? par A. SECHEHAYE (*Journal de Psychologie*, janvier-avril 1933. Numéro exceptionnel. Psychologie du langage : Théorie du langage).

Le sous-titre définit la position de l'auteur. Toute création ou innovation en matière de langue remonte en dernière analyse à un choix fait par quelqu'un. L'obstacle de la langue en tant qu'institution (vocabulaire et grammaire) peut être vaincu, au moins dans le domaine intellectuel, où l'adéquation des idées verbales est moins importante pour la compréhension

mutuelle que celle du contexte, c'est-à-dire le contact préétabli des pensées et la conscience commune de la situation. Un autre obstacle est l'automatisme dans le langage, mais il est aussi une condition nécessaire de son emploi. L'auteur termine en dégagant la portée générale de la position prise par lui, que l'on pourrait appeler humanisme par opposition au racisme qu'il critique au début de son article.

D. L.

Quelques remarques sur les rapports de la sociologie et de la linguistique : Durkheim et F. de Saussure, par W. DOROSZEWSKI (*Journal de Psychologie*, janvier-avril 1933. Numéro exceptionnel. Psychologie du langage : Théorie du langage).

L'ensemble de la doctrine saussurienne est une tentative pour concilier les doctrines de Tarde et de Durkheim. La notion de « langue », dans son rigorisme, est foncièrement identique au fait social de Durkheim ; elle est extérieure aux consciences individuelles, coercitive, et a pour substrat et support la « conscience collective ». Les concessions faites au facteur individuel, à la « parole » tiennent des idées de Tarde.

D. L.

L'onomatopée et la jonction du langage, par Karl BÜHLER (*Journal de Psychologie*, janvier-avril 1933. Numéro exceptionnel. Psychologie du langage : Théorie du langage).

Il n'existe pas de champ onomatopéique cohérent dans le langage, mais le langage est assez tolérant pour admettre sur les frontières le recours à un principe pittoresque hétérogène.

D. L.

L'image poétique et l'Inconscient, par Hermaun PONGS (*Journal de Psychologie*, janvier-avril 1933. Numéro exceptionnel. Psychologie du langage : Théorie du langage).

S'il n'est pas vrai que le langage métaphorique veut, suivant la thèse de Werner, éviter le réel, ou plutôt, dans le réel, ce qui est tabou, il décélérerait dans la poésie un élément contradictoire et permettrait de faire un départ entre les images ayant un contenu symbolique et celles qui en sont dénuées. On est ainsi ramené à l'essence de l'âme du poète, le conflit entre l'âme et la vie. Mais le grand poète, loin de recourir à l'image pour se dérober à la vie telle qu'il la saisit dans l'inconscient, cherche à la modeler, à lui donner un sens et une forme significative, conformément à leur tendance « anagogique », c'est-à-dire à la tendance profonde de la personnalité qui nous transfigure en nous élevant toujours plus haut. L'image, tant dans le rêve que dans la poésie, naît de cette collaboration entre l'anagogique et l'inconscient.

D. L.

Sur le bilinguisme, par A. MEILLET (*Journal de Psychologie*, janvier-avril 1933. Numéro exceptionnel. Psychologie du langage : La linguistique).

L'auteur signale le rôle joué par le bilinguisme dans l'évolution des langues, sous la forme de la coexistence d'une langue de civilisation et d'une langue familière. Des formes de langage tendent à passer de la langue normalisée dans les idiomes locaux, ce qui est sans conséquence pour

l'avenir, ces idiomes tendant à disparaître. Les traces de bilinguisme à une époque tardive d'une langue (exemple : le français moderne) montrent que chacune des deux langues a eu son prestige propre (le latin et le franc dans le cas envisagé).

D. L.

Sur les tâches de la linguistique statique, par J. VENDRYES (*Journal de Psychologie*, janvier-avril 1933. Numéro exceptionnel. Psychologie du langage : la linguistique).

Par opposition à la linguistique historique, la linguistique statique étudie les états de langue, où la valeur d'une forme linguistique dépend tout entière du système dont elle fait partie. Toute langue est une matière en mouvement où se jouent des tendances variées ; entre celles-ci s'établit à chaque moment un équilibre. Décrire cette matière, en définir les éléments, en dégager les tendances, telles sont les tâches de la linguistique statique.

D. L.

La structure des langues groupantes, par P. MERIGGI. (*Journal de Psychologie*, janvier-avril 1933. Numéro exceptionnel. Psychologie du langage : linguistique).

On retrouve dans ce travail le même intérêt que dans l'article analysé ci-dessus pour la linguistique « synchronique », la « typologie linguistique ». En ce qui concerne les langues classiquement désignées sous le terme « d'isolantes », l'auteur préfère le terme de « groupantes » : dans les langues indo-chinoises modernes, c'est le groupement des mots avec la subordination phonétique et sémantique qu'il entraîne avec soi, qui forme leur véritable grammaire, l'essence de leur « type ».

D. L.

L'autonomie de la syntaxe, par V. BRÉNDAL (*Journal de Psychologie*, janvier-avril 1933. Numéro exceptionnel. Psychologie du langage : La linguistique).

L'auteur insiste sur la nécessité de séparer plus rigoureusement le domaine de la syntaxe de celui de la morphologie. Les mêmes fonctions peuvent être remplies par des termes morphologiquement différents, et, par conséquent, ne sauraient, comme cela arrive trop souvent, être définies par des données morphologiques. Celles-ci sont variables avec les langues particulières, alors que les fonctions propositionnelles, la faculté de la phrase sont inhérentes à la pensée humaine permanente et universelle.

D. L.

La phonologie actuelle, par N. TRUBETZKOY (*Journal de Psychologie*, janvier-avril 1933. Numéro exceptionnel. Psychologie du langage : Système matériel du langage).

Il existe entre les sons et les phonèmes une différence fondamentale, que l'on peut énoncer en disant que les sons objets de la phonétique correspondent à la langue telle qu'elle est parlée, alors que les phonèmes, objets de la phonologie, correspondent à ce qu'on s'imagine prononcer ; ils sont des *valeurs linguistiques*. Dans la phonologie actuelle prévalent des tendances statiques ou synchroniques, déjà signalées au cours de l'analyse d'autres travaux. Elle s'efforce de déterminer des corrélations, des disjunc-

tions, des faisceaux de corrélations ; elle montre que les phonèmes sont toujours membres d'un système, elle montre des systèmes phonologiques concrets et met en évidence leur structure. Ce caractère concret de la phonologie la conduit vers la recherche de lois valables pour toutes les langues du monde.

D. L.

La réalité psychologique des phonèmes, par Edward SAPIR (*Journal de Psychologie*, janvier-avril 1933. Numéro exceptionnel. Psychologie du langage : Système matériel du langage).

Le sujet parlant peu instruit n'entend pas des éléments phonétiques, mais des phonèmes. L'attitude phonémique est psychologiquement essentielle, on la découvre dans les jugements spontanés énoncés par les sujets possédant leur langue au point de vue pratique, mais qui n'en ont pas une connaissance rationnelle et scientifique. D'où des erreurs, caractérisées par l'inexactitude et l'inconstance phonétique, mais traduisant un penchant pour l'exactitude phonémique.

D. L.

La biologie de la base d'articulation, par Jacques van GUINEREN (*Journal de Psychologie*, janvier-avril 1933. Numéro exceptionnel. Psychologie du langage : Système matériel).

Par base d'articulation, l'auteur entend l'anatomie et la physiologie de la parole ; il y voit le substratum matériel de conditions héréditaires, et tente d'appliquer aux systèmes phonologiques les lois mendéliennes. Il admet que dans l'évolution des langues, aux conditions biologiques s'ajoutent des conditions sociologiques.

D. L.

Sur le rôle des éléments moteurs dans les changements phonologiques.

Remarques sur la palatalisation des consonnes, par Alf. SOMMERFELD (*Journal de Psychologie*, janvier-avril 1933. Numéro exceptionnel. Psychologie du langage : Système matériel).

La palatalisation, du point de vue évolutif, doit être considérée comme un changement de position de la langue. La question de savoir si ce changement de position articulaire de la langue résulte d'une tendance assimilatrice entre les tons fondamentaux de phonèmes en contact doit être déterminée par les caractères du système dans lequel apparaît la palatalisation. Ce point de vue auditif joue un rôle prépondérant dans la « synchronie » ; mais il ne faut pas méconnaître l'importance du point de vue moteur pour la « diachronie » (c'est-à-dire l'évolution linguistique, par opposition à l'état de langue).

D. L.

Le mètre et le rythme du vers, par A. W. de GROOT (*Journal de Psychologie*, janvier-avril 1933. Numéro exceptionnel. Psychologie du langage : Système matériel).

L'essence du rythme, du mètre et des autres éléments du vers, est formée de mouvements d'une valeur motrice très ténue, qui peuvent se traduire en mouvements corporels analogues, plus grossiers, et en sons.

D. L.

Cause psychologique de quelques phénomènes de métrique germanique, par Otto JESPERSEN (*Journal de Psychologie*, janvier-avril 1933. Numéro Exceptionnel. Psychologie du langage : Système matériel).

Explication de la possibilité d'introduire des trochées dans des vers iam-biques : l'anomalie disparaît si l'on substitue à la notation en brèves et longues la notation en faibles et fortes, et si l'on tient compte des pauses ; la lenteur des rythmes trochaïques, la vivacité des rythmes iam-biques répon-drait à des tendances profondes de la nature humaine. D. L.

Les notions grammaticales d'absolu et de relatif, par Charles BALLY. (*Journal de Psychologie*, janvier-avril 1933. Numéro exceptionnel. Psychologie du langage : Système formel).

Les termes d'absolu et de relatif désignent deux types d'association entre deux idées : l'association est dite absolue quand le terme de comparaison est attaché au sujet parlant (par exemple le moment, le lieu où il parle) ; elle est relative quand cette norme est extérieure à lui. L'auteur étudie les divers aspects grammaticaux de ces notions, la date, le lieu, la quantité, la modalité de l'énonciation, la diathèse, l'emploi figuré. Historiquement, l'ab-solu semble avoir précédé le relatif. D. L.

Immanence et transcendance dans la catégorie du verbe. Esquisse d'une théorie psychologique de l'aspect, par Gustave GUILLAUME (*Journal de Psychologie*, janvier-avril 1933. Numéro exceptionnel. Psychologie du langage : Système formel).

L'aspect est une distinction qui, sans rompre l'unité sémantique du verbe, le scinde en plusieurs termes différenciés, également aptes à prendre dans la conjugaison la marque du mode et du temps : aimer et avoir aimé, par exemple, sont l'aspect simple et l'aspect composé qui se conjuguent parallè-lement. Le temps qui s'en va est du temps qui a atteint l'être ; c'est le temps immanent. Le temps qui vient est du temps qui n'a pas atteint l'être ; c'est le temps transcendant. Le temps impliqué est le temps que le verbe emporte avec soi. Le temps expliqué est le temps divisible en moments dis-tincts. L'attribution au temps impliqué des propriétés formelles et du temps immanent et du temps transcendant est la source des aspects. D. L.

L'apprentissage de la parole pendant les deux premières années de l'enfance, par A. GRÉGOIRE (*Journal de Psychologie*, janvier-avril 1933. Numé-ro exceptionnel. Psychologie du langage : Acquisition du langage).

L'auteur signale la pauvreté des renseignements sur la parole pendant les deux premières années de l'enfance, surtout la première, pauvreté due pour une large part à l'absence d'une notation phonétique précise. Il insiste sur les conditions purement mécaniques et phonétiques qui déterminent l'apparition précoce du *arræ* (décubitus dorsal et position indifférente de la langue dans la bouche), des explosives *p* et *b*, en rapport avec des mou-vements de protrusion des lèvres et de succion, des dentales *d* et *t* en rap-port avec la dentition, et non avec une signification démonstrative. Suivent des remarques intéressantes sur l'assimilation dans la série *m*, *n*, *ñ*, *ɲ*, *g*, *r*.

sur l'aspiration, sur la valeur expressive de l'alternance de l'inspiration et de l'expiration. Il termine en faisant une large part aux conditions psychologiques, et en signalant dès le 9^e mois l'apparition de loquacité véritable : il différencie un enfant créateur de phonèmes, d'un autre enfant, d'une phonétique moins riche, mais fournissant une image matérielle de la parole, possédant le sens de l'ensemble appelé phrase.

D. L.

Dernières persistance du langage enfantin, par Marcel COHEN (*Journal de Psychologie*, janvier-avril 1933. Numéro exceptionnel. Psychologie du langage : Acquisition).

Avec l'appui de quelques exemples, l'auteur montre que les dernières persistance du langage enfantin s'éliminent sans influencer sur le langage adulte et par conséquent sur l'évolution de la langue, au moins en ce qui concerne le fait de langue. Cependant, la résistance à la norme paraît traduire un fait de langue plutôt qu'un fait individuel isolé. On peut penser que, là où l'enfant a longtemps employé une forme incorrecte, l'adulte présentera une moindre résistance à l'ambiance du langage populaire et familier, une réaction moindre vis-à-vis du langage des enfants qu'il élèvera à son tour. C'est un des facteurs de la très lente évolution de la langue.

D. L.

Remarques générales sur l'utilisation des données pathologiques pour la psychologie et la philosophie du langage, par ADHÉMAR GELB (*Journal de Psychologie*, janvier-avril 1933. Numéro exceptionnel. Psychologie du langage : Pathologie).

Il ne suffit pas pour comprendre l'aphasie d'examiner la seule capacité verbale, en faisant abstraction de tout ce qui constitue « l'homme total ». L'aphasique véritable n'est pas seulement un homme dont le langage est modifié, mais un homme modifié. La modification fondamentale de l'aphasique se caractérise par deux facteurs : « l'attitude catégorielle » est altérée, et, en liaison avec cette modification, l'aphasique régresse à un stade d'humanité plus primitif, plus immédiatement « manuel ». Mais cette attitude manuelle ne doit pas être assimilée à celle du sujet normal : chez celui-ci, l'attitude immédiate, manuelle, est intégrée dans le déroulement d'un ensemble de phénomènes ; l'attitude contemplative, qui s'accompagne d'une prise de distance et d'un savoir, l'attitude immédiate manuelle sont liées par des relations dynamiques réciproques et se fécondent réciproquement ; le malade, au contraire, ne peut que persévérer dans la ligne des actes et des attitudes que lui impose la situation momentanée ; il n'en peut sortir, ni en déterminer la suite par l'anticipation de fins quelconques. Ainsi, le maniement immédiat des mots et des phrases peut conduire le malade à un résultat pratiquement utilisable, mais le rapport découvert n'existe que dans l'action immédiate, dans le parler ; le sujet normal peut aussi utiliser ce procédé (l'idée vient en parlant), mais il arrive un moment où il *sait* quel est le résultat cherché. De même, dans la perception des positions et directions de l'espace, dans la perception des lettres, le malade est désemparé dès qu'il sort des circonstances concrètes familières. Il échappe à cette situation quand il lui est possible de parvenir à sa manière à un résultat positif qui, à vrai dire, ne va pas dans le sens du problème, mais donne un effet

répondant en apparence au problème posé. En même temps que le caractère représentatif et significatif du langage est atteint, disparaissent aussi les particularités qui font la marque du langage religieux et poétique. En dépit de son attitude plus primitive et concrète, le malade reste un civilisé, et ne se rapproche pas pour cela de la mentalité primitive archaïque.

D. LAGACHE.

L'analyse de l'aphasie et l'étude du langage, par K. GOLDSTEIN (*Journal de Psychologie*, janvier-avril 1933. Numéro exceptionnel. Psychologie du langage : Pathologie).

Nous ne saurions résumer dans le détail ce long et souvent difficile article, divisé en trois chapitres : I. Remarques préliminaires ; II. Troubles des moyens d'expression verbale. (L'aphasie motrice ; d'une forme spéciale de l'aphasie motrice. Les troubles du langage intérieur) ; III. Les troubles du langage, traduction d'une modification de l'attitude générale. Le savoir verbal.

L'essence de la pensée de l'auteur peut se résumer de la façon suivante. L'activité vitale, normale ou déficiente, ne peut être interprétée que si on la rattache au comportement global de l'individu et à la façon dont il se sert du langage. A cet égard, on peut distinguer, en gros, quatre cas : 1° le langage représentatif, ou emploi du langage pour exprimer quelque chose (*darstellende sprache*, langage intellectuel de Jackson), forme la première altérée en cas de lésion cérébrale. A cette forme correspond l'attitude catégorielle : saisir une chose de façon catégorielle signifie qu'on saisit, par exemple, un objet offrant des qualités actuelles bien définies comme n'étant que le spécimen d'un groupe d'objets analogues par certains points (*subject proposition* de Jackson, formulation symbolique de Head, fonction représentative de Van Woerkom) ; 2° le langage expressif, le mieux conservé en cas de lésion cérébrale (langage émotionnel de Jackson) ; 3° le savoir verbal localisé dans la zone du langage, dont les opérations, même suscitées par une intention, se déroulent ensuite de façon presque involontaire, commandées par la situation psychique ; 4° le langage usuel, qui comprend l'ensemble des manifestations verbales liées à une situation concrète. Si l'on n'entre pas dans les détails, la thèse de Goldstein se ramène à ceci : chez l'aphasique, ce qui domine, c'est la difficulté de changer d'attitude, c'est l'inaptitude à prendre l'attitude catégorielle, en général, et, dans la sphère du langage, à user du langage représentatif ; le mot est pour lui individuel, lié à un objet particulier ; rouge par exemple est lié à une certaine nuance de rouge ; c'est un véritable nom propre. L'aphasique ne sort de cette attitude concrète qu'autant qu'il peut recourir à son savoir verbal pur, extérieur, pour se tirer d'affaire sans chercher à comprendre : devant choisir un écheveau rouge, le malade dit : « rouge-rouge-sang », et cherche un écheveau de la couleur du sang. Nous signalons en particulier l'intérêt des considérations sur le savoir verbal extérieur, qui montre l'indépendance et la richesse extraordinaires du langage chez l'adulte, et, d'autre part, la totale absence de spontanéité et de productivité d'un langage détaché de l'ensemble des activités de la vie. L'usage instrumental du langage suppose que le langage signifie au fond autre chose où, chez le malade, qu'il a signifié autre chose. Le langage est une manifestation de l'être intime et du lien qui nous unit au monde et à nos semblables.

Daniel LAGACHE.

ANATOMIE

Les conceptions modernes sur l'origine et la classification des tumeurs cérébrales, de type glial (Le moderna vedute sulla origine e sulla classificazione dei tumori cerebrali di tipo gliali), par le Dr Andréa MARI (Pavie). *Riv di pato. nerv. e ment.*, juillet-août 1933, p 200 à 239.

« Revue synthético-critique » très complète et détaillée de la question. On y trouvera la classification de *Bailey et Custing* (1926), celle de *Schaffer* (1927), celle de *Roussy et Oberling* (1931), celle de *Globus* (1931) et enfin celle de *del Rio-Hortega* (1932).

L'article est bien illustré et suivi d'une bibliographie.

Henri Ey.

A propos d'une tumeur cérébrale développée dans les parois des gaines de Virchow-Robin, par I. NICOLESCO, E. CRACIUM, I. BAZZAN et T. HORNET. *Ann. d'anat. path. et d'anat. norm. méd. chir.*, mars 1933, p. 287.

Le malade était atteint d'hémiplégie gauche. A l'autopsie, tumeur au niveau de la substance blanche du cerveau dans le territoire profond de l'artère cérébrale antérieure droite. Histologiquement, ce qui est caractéristique dans ce cas, ce sont les nombreux manchons d'infiltration néoplasique périvasculaires, donnant l'aspect pseudo-périthéliomateux. Cette tumeur semblait s'être développée, notamment dans les parois externes des gaines de Virchow-Robin, entre les éléments anatomiques de la barrière ecto-mésodermique. D'après les caractères des éléments néoplasiques, cette tumeur est à classer parmi les glioblastomes dont elle constitue un type particulier.

L. MARCHAND.

Cancer du sein ; opération. Métastases cérébrales consécutives, par L. MARCHAND, H. BEAUDOUIN et J. ROYER. *Soc. anat.* 2 février 1933. *Ann. d'anat. path.*, février 1933, p. 190.

Les premiers phénomènes cérébraux apparurent deux ans après l'exérèse du néoplasme du sein gauche, qui ne fut pas suivie de récurrence. L'essai-mage s'était donc fait avant l'intervention. L'hémisphère cérébral gauche est comprimé par deux tumeurs situées, l'une à la face orbitaire du lobe frontal, l'autre à la région pariéto-occipitale. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un épithélioma glandulaire. A noter que la symptomatologie a consisté d'abord en troubles de la mémoire, en dépression, pour aboutir à un état démentiel profond terminal, sans symptômes nets de localisation cérébrale.

L. MARCHAND.

Médulloblastome du quatrième ventricule avec métastase tubérienne sans syndrome infundibulaire, par MM. DE BUSSCHER et A. DEWULF. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, septembre 1933).

Importante observation clinique et anatomo-pathologique d'une fillette de 13 ans, chez laquelle on voit évoluer, 4 ans après un traumatisme crânien, un syndrome de tumeur cérébrale, localisé à la fosse postérieure. Les

auteurs discutent le diagnostic probable de la nature de la tumeur, et s'arrêtent, rappelant les travaux de Cushing, résumés d'après la thèse de J. Lereboullet, au diagnostic de médulloblastome du 4^e ventricule. Intervention opératoire et mort de l'enfant au 12^e jour. L'examen du cerveau fait découvrir une tumeur métastatique de la grosseur d'un gland au niveau de la région infundibulaire, métastase *n'ayant entraîné aucun symptôme infundibulo-hypophysaire*. Examen microscopique de la région infundibulo-tubérienne. Discussion minutieuse, en rappelant les travaux classiques de J. Camus et G. Roussy, ceux de Cushing, Collin, du rôle respectif de l'hypothalamus et de l'hypophyse dans les syndromes infundibulaires. « En dernière analyse, le cas que nous publions renforce la théorie hypophyséoprive du diabète insipide. » Affirmation corrigée par la notion que les observations d'ordre négatif ont moins d'importance que les faits positifs convenablement établis.

SENGÈS.

Tumeur du quatrième ventricule à évolution clinique anormale, par MM. CHRISTOPHE, DIVRY et MOREAU. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, août 1933).

Observation d'un enfant âgé de 6 ans, chez lequel apparaissent, après une atteinte grippale et une poussée dentaire fébrile, des phénomènes rapportés primitivement à une encéphalopathie d'origine infectieuse. Début par des crises convulsives généralisées, puis apparition d'un hémisynonyme cérébelleux gauche. Après rétrocession des signes cérébelleux, on voit les convulsions se localiser, sous forme d'épilepsie bravais-jacksonienne, au côté gauche du corps, et se réduire enfin à de simples secousses de la main gauche. Pendant plus de deux ans, on ne constate aucun signe d'hypertension intracranienne. Le premier signe qui ait attiré l'attention sur le 4^e ventricule a été l'attitude anormale de la tête, signe dont la valeur localisatrice est, d'ailleurs, à interpréter, et qui apparaît précocement, d'après Clovis Vincent et Mlle Rappoport ; on pouvait également penser, après l'explosion des signes d'hypertension succédant à un épisode infectieux, à une arachnoïdite bloquant le 4^e ventricule.

Intervention opératoire : tumeur du 4^e ventricule, de coloration grisâtre et de consistance molle, s'infiltrant très haut sous le cervelet, surtout vers la gauche. Ablation à la curette. Mort de l'enfant le lendemain.

Examen histopathologique de la tumeur.

SENGÈS.

Convulsions expérimentales consécutives aux lésions du Tuber Cinereum (Experimental Convulsions Following Lesions of the Tuber Cinereum), par S. Bernard WORTIS et Dorothy KLENKE. *The American Journal of Psychiatry*. T. XII, n° 5, pp. 1039-1047, mars 1933.

La lésion expérimentale est déterminée par injection veineuse, chez le chat, d'une solution de camphre monobromé. Des résultats identiques ont été obtenus par irritation électrique ou ligature artérielle. Les auteurs rappellent, et la variété des procédés, et le nombre des localisations lésionnelles à propos desquelles on a parlé d'épilepsie expérimentale. Il paraît bien improbable, en effet, qu'il y ait, dans le cerveau, un centre épiléptogène (« convulsogenic center »), responsable — et lui seul — de tous les états convulsifs.

P. CARRETTE.

Lésions myélitiques et myélopathiques. Etude clinico-pathologique (Myelitic and Myelopathic Lesions. A Clinicopathologic Study), par Charles DAVISON et Moses KESCHNER. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXIX, pp. 600-614, mars 1933.

Les syndromes myélopathiques offrent une grande variété de localisations et d'évolution. Ils dérivent de fixations toxiques ou de désordres circulatoires; ils proviennent de destructions des éléments ou ectodermiques, ou mésodermiques. Cette classification est un peu théorique. L'étude anatomique montre la fréquence des processus combinés. Dans 4 observations de myélites toxiques, les auteurs ont noté surtout les lésions de gaines de myéline et des cylindraxes, une pauvre réaction névroglique et de légères altérations des cellules de la corne antérieure. L'atteinte est surtout de type ectodermique; les lésions vasculaires sont minimales.

Deux cas de maladie de Recklinghausen, Soc. anat 7 décembre 1933. *Ann. d'anat. path.*, décembre 1933, p. 1226, par MM. DUCROQUET, MACÉ et GROLEAU

Dans le premier cas, taches pigmentaires et déformation vertébrale sont apparues d'abord, puis, à dix ans, les névromes. Dans le second cas, association probable d'une ostéite fibro-kystique, maladie décrite par Recklinghausen, et du syndrome très différent étudié par ce même auteur sous le titre de « neuro-fibromatose généralisée ».

L. MARCHAND.

Etude expérimentale sur les olives bulbaires, par Mme Nathalie ZAND. (*Rocznik Psychiatryczny*, fasc. XXI, 1933).

Mme N. Zand détruit expérimentalement chez le lapin les olives bulbaires pour déterminer des lésions de dégénérescence secondaire dans les voies qui relient les olives au reste de l'encéphale, afin d'étudier leur rôle et les troubles qui leur reviennent. L'auteur détermine les lésions des olives bulbaires en introduisant des aiguilles suivant une technique personnelle. Le principe est établi sur le fait de la projection des olives sur la face postérieure du bulbe à l'endroit où se trouve le faisceau de Goll et de Burdach chez le lapin. L'aiguille est introduite dans l'angle formé par le bord inférieur de l'os occipital, l'instrument est poussé jusqu'à la paroi antérieure du canal rachidien. De cette façon, l'olive bulbaire est perforée et l'intervention bien supportée par l'animal. Cliniquement, elle ne donne aucun signe. Pour juger de son effet, il faut soumettre l'animal à l'épreuve de décérébration.

Les lésions produites par cette technique prouvent que les olives bulbaires sont les centres de tonicité des muscles qui commandent à l'équilibre du côté opposé. Leurs pôles supérieurs correspondent aux muscles ou segments inférieurs du corps et inversement, les pôles inférieurs président à la tonicité des muscles du cou.

FRIBOURG-BLANC.

BIOLOGIE

Etudes sur la cholestérinémie dans les maladies mentales. II. Schizophrénie (Blood Cholesterol Studies in Mental Disease. II. Schizophrenia), par Purcell G. SCHUBE. *The American Journal of Psychiatry*. T. XII, n° 6, pp. 1227-1251, mai 1933.

La question de la cholestérine est un point important du problème des troubles biologiques au cours des maladies mentales. Le métabolisme des lipoides est modifié dans les psychoses organiques évolutives. La cholestérine du sang, rarement augmentée, est le plus souvent abaissée au-dessous des limites normales.

P. CARRETTE.

La formule leucocytaire dans les dysthymies (La formula leucocitaria nelle distimie), par le Dr Emilio RIZZATI et Vittorio MARTINENGO (Racconigi), *Riv. di Pat. nerv. e ment.*, septembre-octobre 1933, p. 305 à 316.

Sur une centaine d'examens pratiqués chez des circulaires, maniaques, mélancoliques, ils ont constaté une lymphocytose relative qu'ils attribuent à des facteurs endocriniens constitutionnels. Leurs travaux ne sont pas en contradiction avec ceux de Tinel, qui ne se plaçait pas au même point de vue (états d'agitation ou de dépression).

Henri Ey.

Le métabolisme du brome dans la psychose maniaque-dépressive endogène (El metabolismo del bromo en la psicosis maniaco-depresiva endógena), par J. M. SACRISTÁN et M. PERAITE. *Archivos de Neurologia*. T. XIII, n° 1, pp. 39-43, janvier-février 1933.

Au cours de la psychose maniaque-dépressive, le brome sanguin apparaît régulièrement et constamment diminué, aussi bien dans les phases d'excitation que dans les périodes mélancoliques. Les recherches des auteurs vérifient ces affirmations de Zondek et Bier. Le retour du brome à un chiffre normal coïncide généralement avec une tendance marquée à l'amélioration clinique.

P. CARRETTE.

Recherches hématologiques dans la schizophrénie (Ricerche ematologiche nelle schizofrenie), par le Dr Paolo JEDLOWSKI (Bologne). *Archiv. gene. die Neuro. Psychiatria e psicoanalisi*, janvier 1934, p. 20 à 56.

L'Auteur a étudié la formule sanguine de 171 schizophrènes. En général, il a trouvé une lymphocytose et monocytose notables avec neutropénie plus ou moins marquée. Les éosinophiles sont normaux dans la moitié des cas, augmentés dans un quart des cas et diminués dans un cinquième des cas. Les basophiles sont normaux dans la moitié des cas ou le plus souvent diminués. Les formes myoclocytiques sont rares. Il a rencontré la formule d'Arneth seulement dans 30 cas. Le signe de l'inversion nucléaire de Velez était positif dans 63 0/0 des cas. Ces altérations hématologiques sont plus marquées chez les catatoniques que chez les hétérophréniques ou les paranoïdes et au début qu'à la fin de l'évolution.

Henri Ey.

Contribution à l'étude des perturbations glycémiques dans la schizophrénie (Contribución al estudio de las perturbaciones glucémicas en la esquizofrenia). par José PONS BALMES et E. IRAZOQUI VILLALONGA. *Revista Medica de Barcelona*, T. XIX, n° 112, pp. 327-339, avril 1933.

L'étude du métabolisme glucosé au cours des phases évolutives de la schizophrénie révèle un trouble caractérisé que les auteurs ont mis en valeur : la courbe est nettement au-dessus de la normale dans les périodes de stupeur catatonique ; elle descend quand le malade sort de son état stuporeux. Cette modification est indépendante de toute glycosurie, elle ne s'accompagne pas d'hyperglycorrachie, ni de variations de la réserve alcaline. Les auteurs signalent également le bon équilibre neuro-végétatif. Dans les périodes de calme ils ont constaté une tendance à l'abaissement du métabolisme basal, fait qui doit être interprété comme un argument contre l'influence d'un facteur d'hyperthyroïdie.

P. CARRETTE.

Action de l'éphédrine sur la mobilisation du sucre sanguin dans l'encéphalite chronique (Effect of Ephedrine on Blood Sugar Mobilization in Chronic Encephalitis), par Isidore FINKELMAN. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXVII, n° 4, pp. 345-350, avril 1933.

L'éphédrine est utilisée comme sympathicomimétique. Elle élève la courbe de la glycémie chez les encéphalitiques chroniques traités par les dépresseurs parasympathiques. La stimulation par l'éphédrine est plus marquée chez ceux qui ont reçu pendant plusieurs semaines de l'atropine ou de l'hyoscine que chez les sujets non traités. L'auteur conclut à l'action prédominante du parasympathique dans l'encéphalite chronique et ne croit pas à l'influence de modifications hépatiques primaires.

P. CARRETTE.

Le test du nitrite d'amyle pour la détermination du blocage spinal (El test del nitrito de amilo para la determinacion del bloqueo espinal), par Rey ARDID, LAFIGUERA de BENITO et M^{lle} Pilar SOLER. *Revista Médica de Barcelona*. T. XIX, n° 113, pp. 428-432, mai 1933.

L'inhalation de nitrite d'amyle au cours de la ponction lombaire augmente la tension intrarachidienne. Si on note l'élévation au manomètre de Claude, la perméabilité de la voie ventriculo-méningée est assurée. Si, au contraire, malgré la rougeur du visage, l'accélération et le renforcement du pouls, la sensation de chaleur éprouvée par le sujet, la tension spinale reste immuable, on peut conclure qu'un obstacle empêche la transmission de l'augmentation de tension intracérébrale. Ce procédé est simple et sûr ; mais il n'a évidemment pas la valeur localisatrice du lipiodol.

P. CARRETTE.

Altérations cliniques et sérologiques à la première hospitalisation dans environ 900 cas de paralysie générale, par C. Geert JÖRGENSEN, Axel V. NEEL et Georges E. SCHRÖDER. V^e Congrès des Psychiatres Scandinaves Copenhague, 22-26 août 1932. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, T. VIII, fasc. 3, pp. 627-636, 1933.

Les statistiques offertes contiennent un pourcentage assez considérable de dysarthrie, de troubles pupillaires, et de troubles psychiques plus spécialement démentiels pour garantir la rigueur du diagnostic de paralysie générale. Les auteurs montrent que l'incubation est d'autant plus longue que la syphilis a été plus précoce. Dans plus de la moitié des cas elle est mécon-

nue ou dissimulée chez la femme. Pour les données biologiques, les patients sont judicieusement répartis en trois groupes : malades non traités antérieurement, traités et enfin déjà aliénés. Il faut considérer comme anormale la présence d'éléments cellulaires à partir d'un chiffre extrêmement bas. La réaction de Wassermann reste la plus constamment positive. Seuls échappent à cette règle les cas où le diagnostic est discutable.

P. CARRETTE.

THÉRAPEUTIQUE

L'insuline dans le traitement du refus de nourriture (Insulin bei Nahrungsverweigerung), par K. KÜPPERS et STREHL. *Psychiatrisch Neurologische Wochenschrift*, 1933, n° 28 et 29.

35 malades ont été traités par l'insuline, à la dose moyenne de 20 unités par jour. Les 5 malades non schizophréniques ont tous réagi promptement et se sont alimentés suffisamment. Dans la schizophrénie, des résultats favorables et durables ne furent obtenus que chez les malades avec début récent du refus de nourriture. La prudence est indiquée dans l'administration de ce traitement.

E. BAUER.

Amélioration des troubles nerveux et mentaux par l'emploi de la cortico-surrénale (Improvement in Nervous and Mental State under Cortin Therapy), par Frank A. HARTMAN, Gilbert M. BECK et George W. THORN. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXVII, n° 1, p. 1-21, janvier 1933.

Les auteurs utilisent la cortine, extrait de substance corticale des capsules surrénales. Ils préconisent son emploi dans les états d'asthénie simple, dans la maladie d'Addison, dans l'atrophie et les dystrophies musculaires sous forme d'injections répétées correspondant chacune à 200 grammes d'extrait cortical. L'amélioration est variable, mais appréciable en général. Par comparaison, un cas d'arachnoïdite kystique est traité sans modification de la fatigue et de la motilité. Les essais dans deux cas de mysasthénie grave échouèrent.

P. CARRETTE.

L'autohémothérapie dans les formes chroniques des maladies mentales, par SALVATORE DI MAURO (Catane). *Il Cervello*, 15 juillet 1933.

L'auteur donne le compte rendu d'une assez longue expérimentation de l'autohémothérapie pratiquée dans des formes chroniques de maladies mentales. Il reconnaît qu'en général les résultats furent nuls, qu'il a pu constater quelquefois cependant une amélioration transitoire.

P. ABÉLY.

L'opothérapie sexuelle dans les états dépressifs, par Pao JEDLOWSKI (*Archivo générale di Neurologia, Psichiatria e Psicoancelsi*, mars 1933).

Les psychoses à type dépressif sont heureusement influencées par l'administration par voie hypodermique d'extraits d'organes sexuels hyperactivés de vertébrés inférieurs.

Outre la rémission fréquemment complète de symptômes psychiques, on constate en général, et parallèlement, une amélioration importante de l'état physique, se manifestant en particulier par une augmentation considérable du poids. Les injections intraveineuses des extraits opothérapiques sont :

beaucoup plus efficaces que les injections intramusculaires. Dans tous les cas, le traitement doit être continué et maintenu pendant quelque temps, même lorsque s'est affirmé la guérison. Il paraît indifférent d'utiliser des extraits homonymes, dans certains cas des extraits d'organes sexuels opposés se sont montrés les plus efficaces. Ce qui démontre qu'ils n'agissent pas par une simple action de substitution.

Le traitement opothérapique sexuel, excellent dans les états dépressifs, est sans effet ou quelquefois même malfaisant dans les états d'agitation.

Paul ABÉLY.

Tentatives thérapeutiques de la démence précoce, par Fabio PENNACCHI (*Annali dell' Ospedale Psichiatrico di Perugia*, juin 1933).

L'auteurs énumère les divers essais thérapeutiques pratiqués sur une centaine de schizophrènes. Il a obtenu quelques bons résultats par des cures spécifiques, opothérapiques et pyréthogènes. La malariathérapie, en particulier, fut quelquefois nettement efficace.

P. ABÉLY.

La malariathérapie de la paralysie générale et de la démence précoce, par E. MARIOTTI et M. SCIUTI. *L'Ospedale Psichiatrico* (Naples, janvier 1933).

La malarisation thérapeutique peut s'opérer par trois procédés nouveaux :

- a) par l'injection intraveineuse de liquide céphalo-rachidien de malarisé ;
- b) par l'injection endorachidienne de sang paludéen ;
- c) par l'injection endorachidienne de liquide céphalo-rachidien malarisé.

Les auteurs ont pratiqué dans ces conditions 44 malarisations sans aucun accident grave. Ces expériences prouvent que le virus malarique passe par la barrière hémato-méningée autant par la voie afférente que par la voie efférente, et cela non seulement chez les paralytiques généraux, chez qui cette barrière est habituellement lésée, mais encore chez les déments précoces. Par les passages en séries de l'infection malarique obtenue par chacune de ces méthodes, on pourra arriver à sélectionner un virus encore plus électif pour le système nerveux et d'une action tréponémicide encore plus grande. La transmissibilité thérapeutique de la malaria, par ces 3 méthodes, ne s'épuise pas dans les passages en séries, elle garde toujours son activité pathogénique comme dans les méthodes classiques. Si la souche s'amointrit, il suffit, pour la ranimer, de changer la méthode d'inoculation en choisissant, parmi les trois que nous avons indiquées ; les résultats thérapeutiques obtenus par ces procédés d'inoculation sont supérieurs à ceux que l'on obtient par les procédés ordinaires, surtout par le procédé de l'injection endorachidienne du sang malarisé, peut-être grâce à une action plus directe sur le tréponème.

Paul ABÉLY.

Manifestations de syphilis tertiaire révélées à la suite du traitement malarique chez un paralytique général, par Mario d'ARRIGO, *L'Ospedale Psichiatrico*, janvier 1933).

Il s'agit d'un paralytique général, dont le Bordet-Wassermann est positif dans le liquide céphalo-rachidien et négatif dans le sang, qui, après le paludisme, présenta des manifestations de syphilis tertiaire des os, des muscles et de la peau. Ce fait confirme l'hypothèse que le paludisme peut

transformer la syphilis nerveuse en une forme de syphilis tertiaire, la rendant seulement ainsi accessible aux traitements. Paul ABÉLY.

Malarisation thérapeutique des paralytiques généraux sous les tropiques (Therapeutic Malarization of General Paralytics in the Tropics), par A.-W. H. SMITH. *The Journal of Mental Science*. T. LXXIX, n° 324, p. 94-101, janvier 1933.

Des médecins anglais exerçant dans la péninsule malésienne se sont demandé si les rapports de la syphilis, de la paralysie générale et du paludisme subissaient des modifications considérables chez les indigènes, sujets dont l'organisme est différent de celui des habitants des régions tempérées par le fait du climat, des endémies, des mœurs. Les peuples orientaux subissent beaucoup plus fortement le dermatropisme du spirochète. Les complications nerveuses sont moins fréquentes que chez nous et représentent une forme d'infection très grave et un écroulement des défenses organiques. Par ailleurs, le paludisme régnant depuis longtemps dans l'archipel malais, les coolies ont atteint un degré d'immunisation tel qu'on ne peut compter sur la malaria provoquée comme moyen thérapeutique efficace dans la généralité des cas. P. CARRETTE.

La pyréthothérapie diathermique dans la paralysie générale, par T. CORTESI (de Venise). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*, juin 1933).

L'auteur rapporte les résultats de 2 ans d'expérience.

Sur 30 cas traités jusqu'ici, dont 13 avaient été auparavant inpaludés une ou plusieurs fois avec des résultats nuls ou médiocres, il a obtenu une amélioration très sensible dans les seuls cas déjà heureusement influencés par la malaria ; dans les autres, rien.

Sur 18 cas qui n'avaient jamais été soumis à une pyréthothérapie quelconque, il a obtenu 27,77 0/0 de rémissions, 22,22 0/0 d'améliorations médiocres, soit au total 50 0/0 d'améliorations de différent degré. *Pas de décès dû au traitement*. 33,33 0/0 de cas invariés, 5,33 0/0 (1 cas) de rechute après 16 mois de rémission.

L'auteur conclut que la méthode diathermique est un excellent moyen de traitement de la paralysie générale, supérieur en innocuité et en efficacité à la malariathérapie. Pourtant, l'action curative de la méthode diathermique, plus rapide dans ses résultats, semble cependant, par quelques indices cliniques et humoraux, un peu plus superficielle et un peu moins durable que la méthode par le paludisme. En effet, quelques réactions humorales, les plus significatives parmi elles : le Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien et la réaction des globulines, sont restées sans modification après 16 et 17 mois de bonne rémission. P. ABÉLY.

Quelques remarques sur le traitement de la paralysie générale par la Diathermie (Some Remarks on the Treatment of General Paralysis by Diathermy), par Norman B. GRAHAM. *The Journal of Mental Science*. T. LXXIX, n° 324, p. 89-93, janvier 1933.

Pour Graham, on doit préjuger favorablement d'une méthode qui, encore qu'à ses débuts, donne des résultats supérieurs à ceux de la malaria. Ce qui importerait pour lui, ce serait le contrôle de l'hyperpyrexie. Déjà les tâton-

nements initiaux sur la meilleure façon de protéger le patient contre les brûlures sont passés. Des accidents cardio-pulmonaires sont malheureusement signalés : le rythme de Cheyne-Stokes aboutissant à l'apnée a été noté dans un cas et la respiration artificielle n'a pu empêcher l'issue fatale. Les observations sont trop récentes et trop peu nombreuses pour qu'on puisse exprimer une opinion définitive sur les succès de la diathermie dans le traitement de la paralysie générale.

P. CARRETTE.

Le traitement de la paralysie générale par la haute fréquence à ondes courtes, par A. MARIE et MÉDAKOVITCH. *Archives de Neurologie*, février 1933.

On a pensé, au début de la malariathérapie, que ses bons effets étaient surtout dus aux températures élevées qu'elle permettait d'atteindre. De cette opinion est née la diathermothérapie. Les ondes courtes de haute fréquence ont aujourd'hui la faveur des chercheurs. La partie supérieure du corps du malade est placée entre deux plaques de condensateur. On essaie d'obtenir pendant plusieurs heures une hyperthermie intense et on renouvelle le traitement 2 ou 3 fois par semaine. Les tentatives se poursuivent actuellement, notamment au Centre de Malariathérapie que dirige le docteur Raoul Leroy. L'avenir dira si l'électricité vaut la malaria. Du point de vue théorique, notons toutefois, avec A. Marie et Médakovitch, que le secret de l'action de l'impaludation chez les paralytiques généraux n'est pas tout entier renfermé dans la réalisation de l'hyperthermie. On trouve de plus en plus souvent dans la presse des communications de cures réussies avec des accès paludéens à peu près apyrétiques. Le Major Stewart, qui amorce simplement le traitement par 1 ou 2 accès palustres, coupe par la quinine et continue avec la tryparsamide, se félicite des résultats obtenus.

Le mécanisme de ces traitements est loin d'être éclairci. On tend à faire jouer un rôle capital aux réactions tissulaires, surtout au système réticulo-endothélial. Il n'est pas sans intérêt de poursuivre des recherches comme celles de la diathermothérapie pour tenter de préciser les procédés de défense de l'organisme contre les agents pathogènes neurotropes ou leurs toxines.

P. CARRETTE.

Traitements d'inspiration psychanalytique, par H. CODET. *L'Evolution Psychiatrique*. T. III, fasc. 1, pp. 10-30, 1933.

Le freudisme est entré dans les mœurs psychiatriques si profondément, qu'il imprègne notre langage, nos jugements, nos techniques, presque à l'insu d'un certain nombre de spécialistes qui se déclarent hostiles à la psychanalyse. Les remarques de Codet sur ces problèmes psychothérapiques préeisent très judicieusement les ressources que tout médecin un peu éduqué peut exploiter dans la recherche des causes et de la conduite à tenir en présence d'un nombre considérable de névroses. Les mécanismes qu'il importe d'évoquer concernent les états affectifs infantiles et d'arriération, le danger des attitudes fixées par habitude, par narcissisme qui rendent l'intervention médicale si délicate, enfin le rôle du transfert positif qui permet au patient de trouver un appui moral, d'accepter la suggestion bien-faisante. Une thérapeutique adroite peut parfois arrêter à son début l'évolution d'un processus schizophrénique.

P. CARRETTE.

De l'hypoventilation dans l'épilepsie (Über die Hypoventilation bei Epilepsie), par V. VALIK. *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, 1933, n° 6.

L'hypoventilation à l'aide du pneumothorax artificiel bilatéral a donné des résultats nettement favorables dans 4 cas. Non seulement les crises ont diminué de fréquence, mais les troubles de l'humeur et le sommeil ont été améliorés.

E. BAUER.

Le traitement de l'épilepsie par les sels de bore (die Behandlung der Epilepsie mit Borsalzen), par Th. BOVET. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, Vol. XXXI, fasc. 1^{er}, 1933.

Dans l'expérimentation, le bore ne montre aucune action sur les centres nerveux, mais il agit sur le métabolisme nutritif. Il augmente la diurèse, l'élimination de la vapeur d'eau ; il accélère l'utilisation des graisses et ralentit celle des matières albuminoïdes provenant de l'alimentation ; les borotartrates et l'acide borique augmentent en outre l'acidose. Le problème de l'action du bore dans l'épilepsie est donc en relation étroite avec le problème physiopathologique de cette maladie ; elle est différente de celle du gardénal et des bromures.

L'auteur communique les résultats qu'il a obtenus avec la médication borée, par les borotartrates notamment. Ces résultats sont moins bons que ceux signalés par d'autres auteurs ; mais il ne s'agissait que de cas d'épilepsie graves.

E. BAUER.

Les éruptions dues aux dérivés barbituriques en particulier au cours du traitement de l'épilepsie. Considérations sur l'intoxication barbiturique, par Gaston MAILLARD, M^{lle} Françoise LÉVY et Albert FIEHRER. *Le Monde Médical*, n° 823, pp. 74-85, 1^{er} février 1933.

Ces intoxications sont désignées souvent par les termes d'érythèmes barbituriques pseudo-infectieux. Elles ont en effet l'allure clinique d'une fièvre éruptive : il y a une véritable incubation de 9 jours en moyenne, un énanthème, un exanthème et une desquamation. Le rôle de l'insuffisance hépatorenale, celui du déséquilibre neuro-végétatif, la photosensibilisation, l'anaphylaxie entrent-ils en ligne de compte dans la pathogénie ? Il est difficile de préciser dans quelle mesure. Beaucoup plus utile serait la notion de biotropisme invoquée par Millan, qui fait de l'intoxication médicamenteuse une cause de réveil du microbisme latent.

P. CARRETTE.

Sur la pathogénie de l'épilepsie et sur son traitement chirurgical, par DANIELOPOLU. *La Presse Médicale*, n° 9, pp. 170-174, 1^{er} février 1933.

La crise d'épilepsie est le résultat d'une excitation cérébrale motrice favorisée, puis déterminée, par le traumatisme ou des altérations humorales : il n'est guère facile actuellement de supprimer ces causes, mais on pourrait agir sur les éléments nerveux qui transmettent l'ébranlement réflexe. Daniélopolu, expérimentant chez le chien, démontre que l'excitation du sinus caro-

tidien peut provoquer des convulsions. Il a tenté de supprimer ces éléments réflexogènes en pratiquant la névrectomie sino-carotidienne dans 6 cas d'épilepsie. Le résultat n'a pas été radical, mais l'auteur déclare qu'il a confirmé sa conception théorique. Dans la pratique, d'autres influences s'exercent, et en particulier celle des filets centripètes de la zone réflexogène cardio-aortique. Il faudrait donc les supprimer. On pourrait même sectionner le vague au-dessous du récurrent à droite et certains rameaux à destination cardio-aortique à gauche. L'hypertension secondaire ne serait pas une contre-indication suffisante, car l'augmentation de pression centrale améliorerait la circulation cérébrale.

P. CARRETTE.

Amélioration par intervention chirurgicale de la céphalée migraineuse (Surgical Relief of the Headache of Migraine), par D. G. DICKERSON. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. T. LXXVII, n° 1, p. 42-52, janvier 1933.

La migraine classique est caractérisée par une héli-céphalalgie violente. Sa forme ophtalmique s'accompagne d'un scotome scintillant. Certains sujets ont des troubles vaso-moteurs intenses, des vertiges, des hémianopsies. L'allure des manifestations a fait penser à un trouble circulatoire artériel avec participation du système nerveux végétatif. La théorie allergique n'est pas incompatible avec la conception précédente. L'idée de lier la branche de la carotide externe la plus sûrement intéressée a été mise en pratique. C'est à la ligature et à la section de la méningée moyenne qu'on s'est arrêté. Dickerson rapporte ses cas personnels qui, sans donner toujours des résultats définitifs, sont cependant, pour les formes graves, des plus satisfaisants.

P. CARRETTE.

Sur le traitement chirurgical des tumeurs du III^{me} ventricule (Sobre el tratamiento quirúrgico de los tumores del tercer ventrículo), par Manuel BALADO. *La Semana Médica*, n° 5 p. 369-373, 2 février 1933.

La technique de l'intervention est commandée par la localisation et le contrôle de l'hémorragie. Malgré l'échec du cas décrit dans la présente communication, — échec dû à l'évolution sans signes cliniques précis d'une tumeur volumineuse saillant du plancher ventriculaire, — Manuel Balado défend la méthode qu'il a utilisée. Elle paraît en effet être la moins traumatisante et la plus contrôlable, du point de vue de l'épanchement sanguin tout au moins. La voie préconisée est l'espace inter-hémisphérique. L'électrocoagulation est effectuée verticalement de haut en bas en traversant le corps calleux. Un tube de drainage est maintenu en place pendant 24 heures. Les interventions transcorticales sont beaucoup plus aléatoires.

P. CARRETTE.

Traitement chirurgical de l'atrophie de la papille (Tratamiento quirúrgico de la atrofia de la papila), par Ricardo MOREA. *Archivos Argentinos de Neurología*. T. VII, n° 6, p. 302-333, janvier 1933.

L'atrophie papillaire n'est, à la vérité, qu'un symptôme révélateur de lésions opto-chiasmatiques. Si nous parcourons les observations de Morea, nous notons que la cause des altérations optiques réside dans une arachnoïdite kystique, traumatique ou inflammatoire. Le chirurgien pratique la

trépanation frontale, soulève la partie antéro-inférieure du cerveau et trouve le foyer lésionnel. L'extirpation du tronçon veineux infecté permet en général une restauration rapide de l'appareil visuel.

P. CARRETTE.

Traitement préventif de la poliomyélite, par Simon FLEXNER. *La Presse Médicale*, n° 13, p. 249-251, 15 février 1933.

Au cours des épidémies, il existe en général un nombre considérable de formes atténuées de poliomyélite. L'inoculation au singe de sérum de convalescent et de virus peut ainsi être tentée en vue d'obtenir une immunité active sans risques de réactions toxi-infectieuses violentes. On sait quelle action favorable le sang d'adulte normal exerce parfois en cours d'épidémie. Une immunisation s'opère chez de nombreux sujets sans qu'aucun symptôme apparaisse. La recherche d'une atténuation progressive du virus permettra sans doute, en multipliant les expériences, d'obtenir dans un avenir proche le sérum dont le pouvoir infectant sera nul et les propriétés vaccinales sûres et constantes.

P. CARRETTE.

MÉDECINE LÉGALE

La notion médico-légale du déséquilibre mental, par L. VERVAECK. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, avril 1933).

La loi belge de défense sociale a, pour la première fois, introduit officiellement la notion de déséquilibre mental dans le droit pénal. Avant 1930, il ne connaissait que la démence comme cause d'irresponsabilité. Toutefois, l'article 71 du Code belge y ajoutait *la force irrésistible*. Cette formule avait donné lieu à des interprétations variables, mais grâce à elle cependant, certains experts pouvaient discuter la question de l'irresponsabilité en dehors des cas d'aliénation confirmée. La loi de défense sociale a admis que la loi s'appliquerait aux déséquilibrés mentaux, mais les législateurs, inquiets cependant, des conséquences possibles de ce principe, ont restreint l'application de la loi, aux cas de déséquilibre mental grave, « rendant l'inculpé incapable de tout contrôle de ses actions ». Que faut-il entendre, au point de vue médico-légal, par la notion de déséquilibre mental ? L'auteur rappelle successivement les conceptions de Morel et Magnan sur les dégénérés (les 4 types de dégénérés de Magnan, et notamment les dégénérés supérieurs), les études de Dupré, Hesnard, du professeur Claude, de R. de Fursac. Ces conceptions, variables dans le détail et dans l'explication du mécanisme du déséquilibre, aboutissant toutes à des conclusions pratiquement identiques : inadaptabilité des sujets, lacunes nombreuses dans leur psychisme, désharmonie, impulsivité, etc. Mais ces notions, trop générales, doivent être interprétées dans leur application médico-légale. La loi de défense sociale se propose deux buts. Tout d'abord, mieux défendre la société contre la criminalité des aliénés et des anormaux, en second lieu organiser un régime de sanctions thérapeutiques à l'égard des anormaux, non aliénés, qu'il est inutile de traiter par des méthodes de répression et pour lesquels il serait dangereux d'adopter des mesures de bienveillance (acquittement ou pénalité atténuée). Deux catégories d'anormaux sont visées par la nouvelle législa-

tion : d'une part, les débiles mentaux ; d'autre part, les déséquilibrés mentaux, c'est-à-dire ceux qui, par périodes ou parfois par moments seulement, perdent le contrôle de leurs actes sous l'influence de causes morbides les plus diverses... Envisagé ainsi, le groupe des déséquilibrés se subdivise en deux catégories bien distinctes : tout d'abord, la catégorie des psychopathes constitutionnels, sans troubles mentaux évolutifs. La seconde catégorie comprend, en somme, toutes les formes de la grande famille névropathique (toxicomanes, hystériques, épileptiques, auxquels on peut joindre les perversions sexuelles et, avec prudence, la kleptomanie authentique, et la folie morale... Mais l'auteur se demande si on peut aller plus loin et lui adjoindre la pathologie passionnelle, étudiée d'un point de vue scientifique, l'expérience du psychiatre et du criminologiste démontrant qu'il n'y a pas de cloisons étanches entre la passion et la folie. Sur ce terrain, les limites de la psychopathologie sont difficiles à tracer, et l'auteur penche, avec une certaine hardiesse, à étendre le champ de l'expertise mentale à un certain nombre d'états passionnels, passagers ou de courte durée, déclenchés ou favorisés, sur un terrain plus ou moins taré, par des causes psychologiques (refoulement), toxiques ou infectieuses, etc. L'auteur énumère parmi les causes psychopathologiques qui peuvent provoquer un état de déséquilibre mental passager pouvant justifier, dans les cas bien caractérisés, l'irresponsabilité pénale : a) la constitution émotive ; b) la tendance coléreuse ; c) la passion contrariée ; d) des troubles dépressifs consécutifs à une vie difficile ou à une existence familiale odieuse (famille d'ivrognes, bourreaux domestiques) ; e) les impulsions survenant chez des malades ou des intoxiqués chroniques ; f) l'impulsivité menstruelle ; g) les réactions psychomotrices et passionnelles des commotionnés ou traumatisés du crâne.

On voit combien est vaste la notion du déséquilibre mental ainsi comprise, et l'étendue des causes perturbatrices que l'auteur envisage, dans l'appréciation de la responsabilité pénale. Mais notre compte-rendu risquerait de donner une idée inexacte des idées de l'auteur, si nous n'ajoutions qu'il sait y apporter les correctifs et la prudence nécessaires dans l'application. Il ne perd pas de vue les nécessités de la défense sociale. Il a soin d'ajouter, en conclusion, qu'en l'absence d'une sanction pénale, tout crime ou délit commis dans les conditions pathologiques, doit toujours faire l'objet d'une sanction thérapeutique. Cette sanction doit être soit l'internement dans un établissement psychiatrique de défense sociale, soit une cure dans des instituts privés contrôlés par l'Etat. Une commission médico-juridique créée par la loi du 9 avril 1930 fixera la durée de cet internement thérapeutique et en surveillera l'exécution.

Telles sont, dans leurs grandes lignes, les idées exprimées par l'auteur dans son très intéressant et très suggestif article, qui mérite d'être lu et médité par les médecins légistes, les criminologistes et les psychiatres.

SENGES.

L'amnésie dans ses rapports avec le crime (*Amnesia in Relation to Crime*), par J. S. HOPWOOD et H. K. SNELL. *The Journal of Mental Science*. T. LXXIX, n° 324, pp. 27-41, janvier 1933.

La question de l'amnésie chez les criminels est intimement liée à celle de la simulation. Hopwood et Snell rappellent les états pathologiques au cours desquels l'amnésie est souvent observée. Des caractéristiques clini-

ques facilitent le diagnostic. On reconnaît généralement l'épilepsie, l'alcoolisme, la confusion, les états démentiels (et plus spécialement la paralysie générale dont les délires expliquent des crimes par ailleurs immotivés). Il y a enfin une véritable amnésie essentielle en rapport avec l'état émotif particulier qui peut présider dans certains cas au drame au cours duquel le crime est commis ; c'est une amnésie partielle, avec conservation des faits les plus saillants et les plus centraux de la période troublée.

P. CARRETTE.

Le suicide et l'homicide des aliénés internés dans les asiles, par le Prof. LEVI-BIANCHINI. (*Archivio generale di Neurologia Psichiatria et Psico-analisi*). juillet 1933.

Il s'agit d'une très importante revue générale, d'une documentation particulièrement riche, où l'auteur énumère tout le martyrologe des asiles d'aliénés, qu'il s'agisse de médecins, d'infirmiers ou de malades. Il cite en particulier la statistique des suicides et homicides commis par les aliénés internés pendant les 30 années qui s'écoulent de 1901 à 1932. Après un chapitre de jurisprudence, il s'étend longuement sur la prophylaxie possible de pareils accidents dans un chapitre particulièrement intéressant, qu'il intitule « doctrine psychiatrique et technique hospitalière ». Il conclut en particulier que le suicide des aliénés internés est un phénomène démographique, qui se vérifie dans tous les asiles de tous les pays, qui est d'une stabilité remarquable dans sa fréquence et qu'il n'a aucune tendance à disparaître ou même à diminuer, cela malgré les progrès évidents de la technique hospitalière.

La fréquence maxima absolue des suicides d'aliénés internés se rencontre dans le premier mois de l'internement, dans les mois chauds (60 0/0) plutôt que dans les mois froids (40 0/0), plus souvent pendant le jour (60 0/0) que pendant la nuit (40 0/0). Elle est deux fois et demie plus importante chez les hommes que chez les femmes.

P. ABÉLY.

Obsession homicide, par M. CARLIER. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, juillet 1933).

L'observation relatée par M. Carlier pose la question de l'obsession homicide, suivie de meurtre. Certains caractères cliniques de l'obsession paraissent dans son cas assez purs ; ils s'accompagnent de nombreux signes de déséquilibre et d'impulsivité constitutionnelle, qui nous paraissent compliquer le problème. L'obsession homicide pure ne sera pas admise facilement par tous les psychiatres. Cette observation intéressante mériterait une discussion approfondie et un diagnostic différentiel plus détaillé.

SENGÈS.

Syndrome Parkinsonien Post-encéphalitique, par M. GUILMOT. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, juillet 1933).

L'intérêt de cette observation réside dans le fait qu'il s'agit d'un homme atteint d'encéphalite léthargique à 16 ans et *meurtrier*, dans des conditions odieuses, à l'âge de 30 ans. Soumis à un examen mental, l'expert avait conclu à une responsabilité atténuée en se basant sur des tares constitution-

nelles. Le meurtrier fut, malgré cela, condamné à mort, mais sa peine commuée en celle des travaux forcés à perpétuité. L'auteur se demande (nous ignorons si ce problème a été abordé par l'expert dans son rapport médico-légal), si l'infection encéphalitique a pu jouer un rôle dans la détermination du meurtre, en accentuant les vices de la constitution du meurtrier. Cette observation, dont il serait intéressant de connaître tous les détails, est à verser au dossier de la médecine légale des post-encéphalitiques.

SENGÈS.

Un cas de pyromanie, par M. ROELANTS. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, juillet 1933).

Observation d'un jeune homme de 23 ans, ayant allumé un grand nombre d'incendies (18 avoués), tous commis la nuit. Examen médico-légal. Irresponsabilité et internement. Considérations de l'auteur, qui a reçu l'incendiaire à l'Asile, sur la pyromanie et ses diverses causes. L'auteur insiste sur les formes frustes de démence précoce.

SENGÈS.

La surveillance psychiatrique et sociale des délinquants anormaux libérés à l'essai après un internement de défense sociale, par H. GAILLY. (*Revue de Droit Pénal et de Criminologie*, Bruxelles, 13^e année, n° 2, Février 1933).

L'article 21 de la loi belge de Défense sociale, prévoyant la mise en liberté à l'essai des délinquants anormaux, envisage une surveillance psychiatrique, dont la durée et les modalités sont fixées par la décision de mise en liberté. Cette mission de préservation sociale et de redressement moral combinés au contrôle psychiatrique, est remplie en principe par les Comités de Patronage des condamnés libérés et par les médecins psychiatres. La tâche de ces patronages est extrêmement complexe ; elle varie suivant les circonstances et suivant les affections mentales dont sont atteints les individus. Le Docteur Gailly a pu constituer, vers la fin du premier semestre de 1932, un Comité de surveillance des délinquants anormaux libérés de la région de Charleroi. Il se compose du médecin psychiatre de la prison, d'un délégué du Comité de patronage et d'un secrétaire faisant partie du personnel de la prison et de l'annexe psychiatrique, dont le rôle est d'une importance primordiale, en raison des écritures et des correspondances nombreuses.

Sur convocation, les libérés des établissements de Défense sociale se présentent devant le Comité au complet. La convocation suggère aux intéressés de se présenter, dans la mesure du possible, en compagnie d'un membre de leur famille ou d'une personne de leur entourage ; dans la majorité des cas, ils en tiennent compte. Dans ces réunions sans solennité et sans contrainte, le libéré subit un interrogatoire dicté par les circonstances. Un rapport est dressé séance tenante, à la fois par le médecin psychiatre et par le délégué du patronage. Il est transmis au président de la Commission de l'Annexe psychiatrique. Pour la documentation du Comité, il est reproduit sur la fiche personnelle du surveillé, qui porte en outre le résumé des renseignements utiles à connaître sur son passé. Quand, en raison de l'éloignement, la comparution régulière de l'anormal est difficile, on demande à la police locale de bien vouloir, après enquête menée avec discrétion, donner quelques ren-

seignements à son sujet, d'après un questionnaire succinct. Dans d'autres cas, le délégué du patronage se rend sur place, se livre à des recherches personnelles ou fait visite à la famille du libéré.

Les anormaux acceptent, pour la plupart, ces mesures de surveillance. Le plus souvent, le séjour dans les annexes psychiatriques et dans les établissements de défense sociale a fait disparaître les troubles aigus, a calmé les crises d'excitation, a quelque peu diminué la virulence d'habitudes vicieuses, mais le terrain n'est pas changé. Il reste alors le grand facteur : la crainte, qui est le commencement de la sagesse, surtout lorsqu'elle est rendue tangible et concrète par un rappel mensuel. Derrière le Comité de surveillance, malgré le choix du local, malgré l'attitude pacifique des tuteurs, restent toujours perceptibles les images du Procureur du Roi, du gendarme, de l'annexe psychiatrique et d'un établissement dont on ne sortira peut-être désormais qu'avec bien des difficultés.

LAUZIER.

Contribution à l'étude des psychoses dites carcérales (Contribuição para o estudo das Chamadas « Psicoses de Prisão »), par Luiz PINTO de TOLEDO. 1 vol. in-8°, 85 pages. *Thèse de São Paulo*. Editions de la « Revista dos Tribunais » (Brésil), 1934.

Les psychoses des prisonniers doivent être divisées en deux groupes : celles des inculpés en prison préventive et celles des sujets condamnés en cours d'application de la peine. L'influence de la prison est indiscutable et la prédisposition psychopathique est souvent évidente. L'auteur établit ses statistiques des divers points de vue à envisager : d'après le délit, la profession, l'âge, la race, l'état social, la nationalité. Le diagnostic de démence précoce revient souvent, puis nous notons la paraphrénie et des cas intitulés épisode psychopathique, syndromes aigus dysthymiques. Les formes brèves surviennent habituellement dans les premières années du séjour à la prison.

Des chocs émotifs : évocations, anniversaires, espoirs, — associés à des conditions de vie défectueuses — mauvaise hygiène, onanisme, solitude, favorisent l'éclosion de troubles dont les auteurs n'ont pas cru devoir faire un groupe nosologique spécial. Il n'y a pas de psychose des prisons, mais il y a dans les prisons des malades mentaux dont les états délirants peuvent être colorés par les conditions de leur incarcération.

P. CARRETTE.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Dates des séances.

La *séance supplémentaire* du mois de MAI de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 17 mai 1934*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société Médico-psychologique aura lieu le *lundi 28 mai 1934*, à 4 heures très précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de JUIN de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 14 juin 1934*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

La *séance ordinaire* du mois de juin de la Société Médico-psychologique aura lieu exceptionnellement le *lundi 25 juin 1934*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

Nécrologie.

M. le D^r Georges PAPILLAUT, Professeur à l'Ecole d'Anthropologie, membre honoraire de la Société Médico-psychologique.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Nécrologie.

M. le D^r P. ALAIZE, Médecin-Chef de l'Asile public d'aliénés de Marseille (Bouches-du-Rhône).

Nominations.

M. le D^r NOYER est nommé Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Naugeat, à Limoges (Haute-Vienne), poste créé ;

M. le D^r BURCKARDT est nommé Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Stephansfeld (Bas-Rhin) ;

M. le D^r M. BEAUDOUIN est nommé Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Maréville (Meurthe-et-Moselle) ;

M. le D^r REQUET est nommé Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Bron (Rhône) ;

M. le D^r NACHT est nommé Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénées de Saint-Venant (Pas-de-Calais).

Vacance de postes.

Sont déclarés vacants :

Deux postes de Médecin-Chef de service à l'Asile public d'aliénés de Sarreguemines (Moselle) ;

Un poste de Médecin-Chef de service à l'Asile privé faisant fonction d'Asile public de Bégard (Côtes-du-Nord) ;

Un poste de Médecin-Chef de service à l'Asile public autonome d'aliénés de Marseille (Bouches-du-Rhône).

Concours pour 13 places de Médecin des Asiles Publics d'Aliénés.

Ce concours s'est ouvert le mardi 17 avril 1934. Le *Jury* a été constitué ainsi :

Président : M. le professeur D. SANTENOISE, Inspecteur général adjoint des Services administratifs. — *Membres titulaires* : MM. le professeur ABADIE, professeur titulaire de clinique des maladies nerveuses et mentales à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux. M. PASTUREL, Médecin-Directeur de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). M. JABOUILLE, Médecin-Chef de service à l'Asile public d'aliénés de Rouffach (Haut-Rhin). M. VULLIEN, Médecin-Chef de service à la Clinique d'Esquermes à Lille (Nord). M. VURPAS, Médecin-Chef de service à l'Hospice de la Salpêtrière. M. HYVERT, Médecin-Chef de service à l'Asile public d'aliénés de Dury-lès-Amiens (Somme). M. HAYE, Chef du 1^{er} bureau de la Direction de l'Hygiène et de l'Assistance. — *Membres suppléants* : M. Xavier ABÉLY, Médecin-Chef de service à l'Asile public d'aliénés de Villejuif. M. BARBÉ, Médecin-Chef de service à l'Hospice de la Salpêtrière. — *Secrétaire administratif* : M. TAVERNIER, Sous-Chef du 1^{er} bureau de la Direction de l'Hygiène et de l'Assistance.

QUESTIONS POSÉES AU CONCOURS

1° ADMINISTRATION : Dépenses des aliénés.

Restées dans l'urne : Capacité civile des aliénés. — Sorties.

2° ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE : Cordons postérieurs de la moelle.

Restées dans l'urne : Lobe occipital. — Noyaux du Bulbe.

3° PATHOLOGIE MENTALE : La fièvre en pathologie mentale.

Restées dans l'urne : Délires de Négation. — Catatonie (étude clinique).

4° PATHOLOGIE INTERNE ET HYGIÈNE HOSPITALIÈRE : Complications cardio-vasculaires de la fièvre typhoïde.

Restées dans l'urne : Ictère par rétention. — Insuffisance aortique.

A la suite de ces épreuves et des épreuves cliniques ont été reçus :

1. M. le D^r BARGUES ; 2. M. le D^r CARON ; 3. M. le D^r BOREL ; 4. M. le D^r GOT ; 5. Mlle le D^r DESCHAMPS ; 6. Mme le D^r CROZET ; 7. M. le D^r LÉCULIER ; 8. M. le D^r BOBÉ ; 9. Mme le D^r FRANCÈS ; 10. M. le D^r THULLIER ; 11. M. le D^r LACAN ; 12. Mlle le D^r JACOB ; 13. M. le D^r MARESCAL.

Concours pour 2 places de Médecin des Asiles de la Seine.

Ce concours aura lieu le 1^{er} mai 1934. Le Jury a été constitué ainsi :

Président : M. le Professeur D. SANTENOISE, Inspecteur général adjoint des Services administratifs. — *Membres titulaires* : MM. VURPAS, Médecin de la Salpêtrière ; TRUELLE, BEAUDOUIN, GÉNIL-PERRIN, Médecins des Asiles de la Seine ; OLIVIER, Médecin-Directeur de l'Asile de Blois (Loir-et-Cher) ; WAHL, Médecin-Chef de service à l'Asile de Marseille. — *Membre suppléant* : M. Paul CAMUS, Médecin de l'Hospice de Bicêtre.

L'augmentation du nombre des aliénés dans le département de la Seine.

M. Chausse, rapporteur, a attiré l'attention du Conseil général de la Seine sur l'augmentation du nombre des aliénés. La population des asiles est passée de 16.408 en 1932 à 16.888 en 1933.

Selon l'avis de l'Administration, cette augmentation serait due, moins à l'augmentation des internements qu'à la diminution des sorties. Les médecins hésiteraient, en effet, à rendre à la liberté, en période de chômage, les malades susceptibles de reprendre une vie normale. D'autre part, il faut noter la diminution de la mortalité.

Le Conseil général a été amené à envisager une entente avec des asiles de province ou des asiles privés pour décongestionner les asiles de la Seine.

Le prix de journée dans les Asiles de la Seine.

Les prix de journée à payer par le département de la Seine, pour l'entretien des malades traités dans les Asiles d'aliénés, les quartiers d'hospices et les colonies familiales en 1934, ainsi que les prix de journée à recouvrer par le département sur ses divers débiteurs pour le traitement de leurs aliénés dans les mêmes établissements, sont fixés ainsi qu'il suit :

« Asile Clinique, 33 fr. 41 ; Fondation Vallée, 24 fr. 08 ; Vaucluse, 35 fr. 81 ; Ville-Evrard, 28 fr. 61 ; Villejuif, 26 fr. 86 ; Maison-Blanche, 24 fr. 91 ; Moisselles, 24 fr. 06 ; Bicêtre, 24 fr. 08 ; La Salpêtrière, 24 fr. 08 ; Dun-sur-Auron, 10 fr. 13 ; Ainay-le-Château, 12 fr. 22 ; Chezal-Benoît, 17 fr. 08. »

Le nombre des aliénés étrangers en France.

M. Léo Lagrange, député, a demandé au Ministre de la Santé publique : 1° quel est le nombre d'aliénés (hommes et femmes), de nationalité étrangère, traités dans les Asiles français au compte des collectivités à la date du 1^{er} octobre 1933 ; 2° quels sont les Etats étrangers qui ont conclu avec la France une convention de réciprocité pour le traitement des aliénés et le nombre de leurs ressortissants au 1^{er} octobre 1933.

Le Ministre a répondu :

Le nombre des aliénés (hommes et femmes) de nationalité étrangère, traités dans les Asiles français au compte des collectivités à la date du 1^{er} octobre 1933, s'élève à 3.250, dont 1.435 ressortissant d'Etats étrangers ayant conclu une convention d'assistance avec la France.

Des conventions de réciprocité ou modus vivendi pour le traitement des aliénés ont été passées avec l'Italie, la Pologne, la Belgique, la Suisse, le Luxembourg, l'Espagne, la Yougoslavie, la Sarre, l'Autriche, la Hongrie, la Hollande, la Norvège, la Suède, la principauté de Monaco, la Grèce.

Le nombre des aliénés de chacune de ces nationalités est le suivant : Italiens, 476 ; Polonais, 605 ; Belges, 117 ; Suisses, 27 ; Luxembourgeois, 24 ; Espagnols, 107 ; Yougoslaves, 19 ; Sarrois, néant ; Autrichiens, 8 ; Hongrois, 6 ; Hollandais, 15 ; Norvégiens, 18 ; Suédois, 4 ; principauté de Monaco, 2 ; Grèce, 15.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XIX^e Congrès de médecine légale et de médecine sociale de langue française.

Ce Congrès se réunira à Lille, du 27 au 30 mai 1934.

Bureau du Congrès

Professeur J. LECLERCQ, *président*. — Professeur FIRKET (Liège), Professeur ZANGGER (Zurich), D^r M. GUIBERT (Paris), D^r TRIQUENEAUX (Avesnes), *vice-présidents*. — Professeurs agrégés PIÉDELIEVRE (Paris), MULLER (Lille), *secrétaires généraux*.

Programme provisoire

Dimanche 27 mai, 11 h. : *Réception* par la municipalité de Lille à l'Hôtel de Ville ; 14 h. 30 : *Ouverture du Congrès et inauguration du nouvel Institut de médecine légale et de médecine sociale* de Lille.

Lundi 28 mai, 9 h. : A l'Institut médico-légal. Exposé du *rapport* de MM. LATTES, R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et KOSSOWITCH : « *Les groupes sanguins en médecine légale et en anthropologie* ». *Discussion* du rapport. *Communications* se rapportant à ce sujet ; 14 h. 30 : Exposé du *rapport* de MM. HÉGER-GILBERT et DE LAET : « *Les séquelles douloureuses des traumatismes et leur indemnisation* ». *Discussion* du rapport. *Communications* s'y rapportant. *Communications* concernant la *pathologie traumatique* ; 21 h. : *Soirée artistique* offerte par le Président du Congrès et Mme Leclercq, au grand théâtre de Lille.

Mardi 29 mai, 9 h. : Institut médico-légal. *Communications* de médecine légale, toxicologie, police technique, pathologie traumatique ; 14 h. : Clinique départementale d'Esquermes. Exposé du *rapport* de MM. RAVIART et VULLIEN : « *L'expertise mentale contradictoire* ». *Communications* sur ce sujet, et *communications de psychiatrie médico-légale* ; 17 h. : *Séance solennelle* de l'Association des médecins-experts du ressort de la Cour de Douai. Tous les Congressistes sont invités. *Discussion* de questions professionnelles ; 18 h. : *Assemblée générale* du Syndicat des médecins légistes de France. Organisation du XX^e Congrès de médecine légale de 1935 ; 20 h. :

Banquet offert aux Congressistes par l'Association Amicale des Médecins Experts du Nord de la France.

Mercredi 30 mai : Mines de Béthune (Pas-de-Calais). Journée consacrée à l'étude des *fibroses pulmonaires des mineurs* et à la médecine sociale ; 8 h. : Départ de Lille en autocars pour la concession de Bully ; 9 h. : *Visite des Mines*, installations sanitaires, aération, prophylaxie médico-sociale, hygiène du logement. *Réception* par la Direction de la mine ; 10 h. 30 : Hôpital des Mines. *Exposé* de M. BREHON, médecin-chef. *Exposition* de très nombreuses radiographies. *Présentation* de mineurs ; 11 h. 30 : *Communications* concernant la médecine sociale et les *fibroses pulmonaires des mineurs* ; 12 h. : Déjeuner. Retour à Lille dans l'après-midi.

Avantages sociaux. — Les médecins français et étrangers qui désireront prendre part à ce Congrès sont priés de s'inscrire dès à présent auprès de M. MULIER, 14, rue de Friedland, à Lille, secrétaire général du Congrès. Ils sont priés de donner dès à présent le titre de leurs communications.

Des avantages ont été obtenus auprès des Compagnies de Chemin de fer, des hôtels. D'autre part, des excursions sont organisées pour le jeudi 31, en autocars, à prix réduits.

XIV^e Réunion neurologique internationale annuelle.

La XIV^e Réunion Neurologique Internationale se tiendra à Paris les mardi 5 et mercredi 6 juin 1934, à la Salpêtrière, 47, Boulevard de l'Hôpital (Amphithéâtre de l'Ecole des Infirmières).

Les séances auront lieu le matin de 9 h. à 12 h. et l'après-midi de 15 h. à 18 h.

La question suivante a été mise à l'étude : *Le système végétatif mésodiencephalique (Anatomie, Physiologie et Pathologie).*

Les rapports ont été confiés :

Pour l'Anatomie à M. LARUELLE (de Bruxelles).

Pour la Physiologie à M. TOURNAY (de Paris).

Pour la Pathologie à MM. ANDRÉ-THOMAS et LHERMITTE (de Paris).

Pendant la Réunion Neurologique aura lieu également l'exposé des travaux du Fonds Déjerine par

MM. LUDO VAN BOGAERT (d'Anvers), sur les *Dystrophies ectodermiques congénitales*.

CHRISTOPHE (de Paris), sur la *Syphilis du cervelet*.

La Société de Neurologie de Paris tiendra sa séance mensuelle le jeudi 7 juin, au siège de la Société de Chirurgie, 12, rue de Seine. Cette séance sera consacrée aux communications portant sur les questions diverses.

Adresser les titres des communications au Secrétaire général, Dr O. CROUZON, 70 bis, avenue d'Iéna, Paris (XVI^e).

Congrès Hollando-Belge de neurologie et de psychiatrie.

Le Congrès belge de neurologie et de psychiatrie, qui devait se tenir en 1934, est remplacé par un Congrès hollando-belge de neurologie et de psychiatrie, qui se tiendra à Amsterdam, au moment de la Pentecôte, les 19, 20 et 21 mai 1934.

Le rapport de psychiatrie a été confié à M. le professeur K.-H. BOUMAN (d'Amsterdam). Il a pour objet « *la structure de la pensée schizophrénique dans sa relation avec la mentalité archaïque et infantile* ». M. le professeur DIVRY est inscrit pour la discussion.

Le rapport de neurologie est confié à M. le professeur P. VAN GEUCHTEN (de Louvain) ; il a pour sujet : « *Les syndromes neuroanémiques* ». M. le professeur BROUWER est inscrit pour la discussion.

Des communications sur des sujets divers peuvent être faites par les adhérents.

Les adhésions sont reçues par M. le Dr WESTERMAN HOLSTYN, rue Albrecht-Durerstraat, 10, à Amsterdam, et chez M. le Dr A. LEROY, 18, rue Beeckman, à Liège.

NÉCROLOGIE

Pierre Alaize (1882-1934).

Né le 28 juillet 1882, ancien interne des Hôpitaux de Marseille (1903), ancien interne des asiles de la Seine (1905), médecin des asiles publics d'aliénés (1907), le Dr Pierre ALAIZE était médecin-chef à l'Asile Saint-Pierre, à Marseille, depuis 1914. Son intelligence, son esprit, sa bonté, sa vaste culture, sa conscience professionnelle, faisaient de lui un aliéniste au jugement sûr et le plus apprécié des collègues.

Il était de ceux qui ne séparèrent jamais la psychiatrie de la médecine. Ancien interne des Hôpitaux de Marseille, il n'était venu, comme il se doit, à la psychiatrie qu'après de solides études médicales générales. La thèse de doctorat qu'il soutint, en 1906, à Montpellier, fut consacrée au *Rôle de la fonction interne de l'ovaire et aux essais d'opothérapie ovarienne en pathologie nerveuse et mentale*.

Il y a 4 ans, Pierre Alaize avait reçu d'un aliéné un coup de pied sur l'abdomen. Depuis cette époque, il redoutait les conséquences de ce traumatisme. Le 20 janvier dernier, une occlusion intestinale s'étant déclarée, l'opération (il en a subi quatre successivement) mit en évidence une bride cicatricielle au lieu même le plus atteint il y a 4 ans. Le nom de Pierre Alaize est donc malheureusement à ajouter à la trop longue liste des médecins des asiles de France récemment victimes de leurs malades et dont nous rappelions les noms dans le précédent numéro des *Annales Médico-psychologiques*.

R.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX



CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DES CLASSIFICATIONS PSYCHIATRIQUES

PAR

M. DESRUELLES, P. LÉCULIER et M. P. GARDIEN

« Un de mes collègues me disait qu'il en était des aliénistes à peu près comme des rhétoriciens : lorsqu'ils croient avoir achevé leurs études, les rhétoriciens font une tragédie et les aliénistes font une classification. »
BUCHEZ (1860).

C'est dans la collection complète des *Annales Médico-psychologiques*, c'est-à-dire depuis 1843, que nous avons fait exclusivement ces recherches que nous présentons chronologiquement. En publiant dans cet ordre une analyse des mémoires, des comptes rendus bibliographiques et des discussions à la Société Médico-psychologique se rapportant aux classifications des maladies mentales, les accompagnant de citations et nous bornant à de rares commentaires, il nous a semblé qu'il se dégagerait pour nos lecteurs une idée d'ensemble sur l'évolution de la terminologie, de la nomenclature et des classifications psychiatriques.

« A quoi servent les classifications en médecine ? » écrivait Buchez (*A. M.-P.*, 1861, p. 326). « Ce n'est pas seulement à faciliter l'enseignement et à aider la mémoire, ce qui est déjà beaucoup. Leur but le plus important est d'assurer le diagnostic, ce diagnostic qu'on appelle aujourd'hui différentiel, et comme le diagnostic est la base du traitement, leur but, en dernière analyse, est le traitement. »

D'autre part, les classifications servent à établir des statistiques. « Les statistiques sont une nécessité médico-administrative dans les asiles, nos malades sont des unités que nous ne pouvons nous dispenser de compter. » (Renaudin, *A. M.-P.*, 1846, I, p. 467).

*
**

En 1843, l'année où parut le premier numéro des *A. M.-P.* (dont nous espérons dans neuf ans fêter le centenaire), la classification des maladies mentales généralement admise est : manie, lypémanie, monomanie, démence, folie paralytique, idiotie, à laquelle certains auteurs ajoutent la stupidité.

C'est la classification de Cullen (1782) (manie, mélancolie, démence), à laquelle Pinel a ajouté l'idiotisme, Esquirol les monomanies et Georget (1820) la stupidité (états de stupeur mélancolique, confusionnelle, démentielle qu'Esquirol n'admet pas comme entité clinique). En 1838, Parchappe ajoute à cette classification la folie paralytique.

Dans le tome II des *A. M.-P.* de 1843, p. 163, Dagonet publie des « Recherches statistiques sur l'aliénation mentale dans le département de la Marne » où il a adopté la classification suivante :

Manie..	{	aiguë ou intermittente.	Démence...	{	simple.
		manie raisonnée.			avec paralysie générale.
		lypémanie.			
Idiotie ..	{				imbécillité profonde.
					imbécillité.
					faiblesse d'esprit.

Moreau de Jonnés (p. 300) a communiqué à l'Académie des Sciences une « notice sur le nombre d'aliénés existant en France » d'après huit recensements annuels et régionaux (séance du 8 mai 1843). A cette époque, il y a 18.350 aliénés, soit 1 sur 2.000 habitants. La mortalité est de 9 à 10 %. Sur 1.000 aliénés, il y a 221 idiots, 112 épileptiques, 667 fous.

Dans la séance de l'Académie des Sciences du 17-7-1843,

Brierre de Boismont critique cette statistique, parce qu'il y a un grand nombre d'aliénés qui sont libres, et d'après son avis, celui d'Esquirol et celui de Parchappe, dans l'aliénation mentale, les causes morales prédominent sur les causes physiques (*A.M.-P.*, 1843, II, p. 301).

Moreau de Jonnès, dans la séance du 7-8-1843, donne une nouvelle statistique pour démontrer que les causes physiques l'emportent sur les causes morales (*A.M.-P.*, 1843, II, p. 302).

Parchappe publie alors un mémoire sur « la prédominance des causes morales dans la génération de la folie », il y discute les conclusions de Moreau de Jonnès et conclut à la prédominance des causes morales sur les causes physiques. Dans sa statistique, Moreau de Jonnès n'a pas séparé les idiots et les épileptiques des fous. Parchappe rappelle avoir proposé, en 1839, dans un mémoire, une classification uniforme : fous, idiots, crétiens (c'est la classification officielle adoptée par le Bureau de la Statistique Générale) (*A.M.-P.*, 1843, II, p. 358). Dans la séance de l'Académie des Sciences du 2-10-1843, Moreau de Jonnès combat le mémoire et la classification de Parchappe et il maintient ses conclusions (*A.M.-P.*, 1843, II, p. 467).

En 1844, Marchant, « à propos d'une visite des aliénés en Portugal », donne sa classification : manie, manie avec paralysie, monomanie, monomanie suicide, démence, démence avec paralysie, idiotie, épilepsie avec folie (*A.M.-P.*, 1844, I, p. 373).

La même année, Payen donne la statistique des aliénés de l'Hospice d'Orléans. Il fait une description horrible de l'état des malades à son arrivée et l'historique de l'établissement. Il donne une statistique sans classification (*A.M.-P.*, 1844, II, p. 278). Bourdin analyse les « Recherches statistiques sur l'aliénation mentale faites à l'Hospice de Bicêtre » par Aubanel et Thore qui « suivent la classification généralement admise » : manie, monomanie, mélancolie, hypocondrie, stupidité, démence (avec ou sans paralysie). Mais la définition de la monomanie n'est pas la même que celles de Foville et de Parchappe (*A.M.-P.*, 1844, I, p. 141).

Brierre de Boismont analyse le rapport d'Archambaut, médecin-chef de l'asile de Maréville, qui adopte la classification suivante :

Formes curables....	{	manie.	{	démence.
		monomanie.		démence avec
		lypémanie.		paralysie.
		stupidité.		imbécillité.
		démence aiguë.		idiotie.
				épilepsie.

(*A.M.-P.*, 1844, I, p. 435).

Dans l'année 1845 sont analysés les rapports de Belloc (St-Dizier) et de Dugast (Dijon). La classification du premier est : manie chronique, monomanie chronique, démence chronique, imbécillité, démence avec paralysie générale, démence suite d'épilepsie, épilepsie simple. Celle du second (dont l'un de nous possède le premier rapport sous forme d'un immense tableau synoptique) est : idiots, déments, stupides, maniaques, monomaniaques (A. M.-P., 1845, II, p. 452, p. 461).

Puis nous pouvons lire une analyse d'une « notice statistique sur l'asile d'aliénés de Seine-Inférieure » par de Bouteville et Parchappe, pour les années 1825 à 1843. Ces auteurs emploient la classification officielle (fous, idiots, crétins), une énumération des maladies mentales observées chez les entrants, et une autre classification pour les guérisons (A. M.-P., 1846, I, p. 133).

Baillarger publie une lettre à Renaudin « de la statistique appliquée à l'étude des maladies mentales » à propos du projet de publication d'un annuaire historique et statistique... « Pour une statistique tendant à éclairer la proportion relative des différents genres de folie..., il faut d'abord adopter une classification ; or, si cette classification s'éloigne de celle qui est généralement admise, il faudra, pour répéter ces recherches, adopter aussi la classification nouvelle.... Nul doute cependant que la statistique appliquée à l'étude des maladies mentales ne puisse encore contribuer puissamment au progrès de la science... Le mal est dans l'isolement et l'absence d'homogénéité des travaux... » (A. M.-P., 1846, I, p. 163).

Lunier analyse et critique une thèse de Jousset qui a entrepris un travail sur la classification des formes de l'aliénation mentale en lui donnant pour base le délire (A. M.-P., 1846, I, p. 292).

Villermé, dans le *Journal des Economistes* (N° 42, mai 1845), critique la statistique officielle des aliénés publiée par le Ministère du Commerce, d'après sept recensements annuels et généraux de 1835 à 1841. Les tableaux statistiques sont forcément incomplets. la classification (idiots, épileptiques, fous) est insuffisante. Le tableau des causes de la folie est trop compliqué et on a le tort d'y mélanger des malades qui guérissent avec ceux qui ne guérissent jamais (A. M.-P., 1846, I, p. 447).

Renaudin répond à la lettre de Baillarger dont nous avons donné plus haut des extraits. Il demande une plus large part aux travaux statistiques dans les A. M.-P., « mais on n'exigera de la statistique que ce qu'elle peut donner et ne pas en faire une panacée scientifique ». Pour lui la question importante est la classification des types de folie (A. M.-P., 1846, I, p. 467).

Aubanel écrit à Baillarger sur « l'utilité de recherches faites sur un plan uniforme par une association de médecins des asiles d'aliénés » (A.M.-P., 1846, I, p. 469).

Il est facile de nous rendre compte dès maintenant que la classification des maladies mentales généralement admise, celle d'Esquirol, n'est guère suivie, non plus que l'officielle, celle de Parchappe (fous, idiots, crétins) et que les auteurs se préoccupent de l'élaboration d'une création uniforme.

Renaudin, Aubanel, Baillarger estiment que ce projet ne peut être réalisé que par une association de médecins. C'est même là l'un des buts de la fondation de la *Société Médico-Psychologique* (Fovillé rappellera ce fait en 1872).

Nous ne jugeons pas utile de donner les classifications adoptées dans les rapports de Bouchet (Nantes), Renaudin (Fains), Roederer (Stephansfeld), Cazénave (Pau), Révolat (Bordeaux), Lannurier (Morlaix), Morel de Gany (pour les aliénés de Grande-Bretagne), de Smyttere (Lille), Desmaisons (Castel d'Andorte), du Grandlaunay (Pontorson), Follet (Quimper), Marchant (Toulouse), Girard de Cailleux (Auxerre), Morel (Maréville), Aubanel et Tholozan (Marseille), Etoc-Demazy (Le Mans). Ces rapports sont analysés dans les A.M.-P. de 1846, 1847, 1848, 1849, 1850. Toutes les classifications adoptées diffèrent.

Morel (Maréville) écrit dans son rapport : « Lorsque j'ai voulu désigner le nombre de nos monomaniaques, lypémaniques, déments, je me suis vu arrêté par des difficultés qui m'ont fait sentir, plus vivement que jamais, le besoin d'une classification... » (A.M.-P., 1850, p. 353).

Brierre de Boismont analyse le cours de Falret à la Salpêtrière : « J'ai lu avec beaucoup d'attention tous les essais de classifications qui ont été tentés depuis qu'on cultive l'aliénation mentale, et je déclare qu'aucune division ne m'a paru supérieure à celle des quatre grandes classes de maniaques, de monomanes, de déments et d'idiots. » (A.M.-P., 1850, p. 695).

Falret dans son cours fait table rase des types actuels qu'il appelle provisoires, artificiels. Il voudrait des types vraiment naturels qui n'existent pas encore et qu'il s'agit de créer et divise l'aliénation mentale en générale et en partielle.

Brierre de Boismont, analysant le tome I des *Etudes cliniques des maladies mentales* de Morel (Edition de 1852), en critique la classification « dont le point important est l'attaque dirigée contre l'existence de la monomanie » (A.M.-P., 1852, p. 609).

Delasiauve prendra la défense de la monomanie (A.M.-P., 1853, p. 353), ainsi que Brierre de Boismont (de l'état des facultés

dans les délires partiels en monomanies, A.M.-P., 1854, p. 99). En 1852, Lunier analyse les rapports de Mercier (St-Dizier), de Cazenave (Pau), de Mansan (Alençon), dont les classifications sont toutes différentes.

Puis Baillarger publie un « Essai sur une classification des différents genres de folie » où il divise d'abord l'aliénation mentale en trois grandes classes: imbécillité, folie, démence. Il donne la classification d'Esquirol à laquelle Georget a ajouté la stupidité et, d'après lui, la plupart des médecins se servent à cette époque de la classification suivante (classification de Falret) :

Délire partiel	{ avec excitation et gaieté.....	<i>monomanie.</i>
	{ avec abattement et tristesse..	<i>mélancolie.</i>
Délire général.....		<i>manie.</i>
Suspension de l'intelligence.....		<i>stupidité.</i>

Laissant à part l'imbécillité et la démence, Baillarger propose pour les différents genres de folie la classification suivante :

Délire avec lésion partielle.....	<i>monomanie.</i>
Délire avec lésion générale.....	{ <i>mélancolie.</i> <i>manie.</i>

De nombreux auteurs avaient classé la lypémanie ou mélancolie dans les monomanies. Dans sa classification (inspirée de celle de Falret), Baillarger supprime la stupidité, il sépare la mélancolie des monomanies et, pour la première fois, nous voyons cette maladie former un groupe avec la manie (A.M.P., 1853, p. 545).

Une discussion a lieu à la Société Médico-psychologique dans les séances des 30 mai, 27 juin et 25 juillet (A.M.P., 1854, p. 99). Dalasiauve ouvre les débats par la lecture de son mémoire « de la monomanie au point de vue psychologique et légal ». Il rejette les mots monomanie et lypémanie ; il faut admettre pour ces folies un grand ordre, chacune d'elles ayant sa valeur propre. Baillarger estime qu'il faut appliquer le mot monomanie à tous les cas de délire avec lésions partielles de l'intelligence, et celui de mélancolie pour tous les cas de dépression des facultés intellectuelles et morales. Delasiauve n'admet pas la classification de Baillarger ; Brierre de Boismont prononce un discours sur l'état des facultés dans les monomanies, etc...

Dans la séance du 31 octobre, Pinel Neveu lit un mémoire en faveur des monomanies : « les mots d'oligomanie et de manie systématisée qu'on voudrait substituer à celui de monomanie,

n'ont d'autres avantages que d'être nouveaux ». Il demande le *statu quo ante*.

Baillarger constate que Delasiauve, Parchappe et lui sont persuadés que les nouveaux besoins de la science exigent des divisions plus complètes. Brierre-de Boismont, Delasiauve, Belhomme prennent part à une longue discussion. Delasiauve rappelle que son mémoire a eu pour but d'envisager la monomanie dans ses conséquences légales et qu'incidemment Baillarger vint proposer une nouvelle classification de la folie. On ne peut tirer aucune conclusion nette de cette longue discussion évidemment provoquée par la classification de Morel (1) dont Brierre de Boismont avait dit « *qu'il a pris corps à corps toute la doctrine des monomanies* ».

Follet, dans ses « considérations médicales et administratives sur le développement de l'asile public de Quimper de 1820 à 1853 » analysées in *A.M.P.*, 1854, p. 305, désire « qu'à l'instar de M. Parigot et de beaucoup d'autres médecins, on s'occupât d'une même classification nosographique. »

Brierre de Boismont analysant un « tableau analytique des maladies mentales » de Parigot, regrette que la société médico-psychologique n'ait pas mis à exécution la proposition de Baillarger « *de fixer le sens des principales formes de l'aliénation, afin de leur donner, si j'ose m'exprimer ainsi, un cours forcé dans la science* » (*A.M.P.*, 1854, p. 308).

Parchappe (*A.M.-P.*, 1856, p. 1) publie un « rapport sur la statistique de l'aliénation mentale » qu'il avait présenté au Congrès international de Statistique. Il y donne une nouvelle classification : idiotie et crétinisme, folie simple, folie paralytique, folie épileptique.

Billod donne un mémoire intitulé « des diverses formes de lypémanie, essai de classification et de séméiologie ». « Si l'on peut juger de l'état d'une science par le degré de précision dans les termes qui expriment les différents objets de cette science et par le mérite de ses classifications, à coup sûr, l'étude des maladies mentales est des moins avancées, et l'on peut même dire que la science, sous ce rapport, n'est encore qu'à son berceau ».

Pour Billod, la classification d'Esquirol, qui est celle de Pinel, un peu modifiée, n'a égard qu'à un seul caractère, à l'état des facultés intellectuelles traduit principalement par le trouble général ou partiel des idées. « Elle devra faire place à un arrangement basé sur l'ensemble des lésions qui caractérisent chaque

(1) Il s'agit ici des *Etudes cliniques de Morel*, Paris, Masson, 1852. 2 vol,

groupe de maladies mentales » : Cette tendance se rencontre dans les travaux de Cerise, Délasiauve, Baillarger, Falret, Morel, Michéa, Voisin, Renaudin, etc... et surtout de Parchappe. La future classification sera basée sur l'étude des facultés lésées : 1° facultés intellectuelles ; 2° volonté ; 3° sensibilité ; 4° instincts. Billod divise les lypémanies en 4 classes qui comprennent au total dix-sept variétés (A.M.P., 1856, p. 309).

Renaudin publie dans le même numéro de la revue des « observations sur les recherches statistiques relatives à l'aliénation mentale »... « ces recherches d'abord accueillies avec un engouement irréfléchi, ont été ensuite l'objet d'une défaveur imméritée... » *La classification ne peut être une œuvre individuelle...*

Il est essentiel de s'entendre sur la signification des mots, sur les éléments d'une classification rationnelle... nous voyons aujourd'hui l'anarchie dans nos rangs... malgré l'éclat d'une récente discussion la question n'a pas encore fait un pas vers une solution pratique » (A.M.P., 1856, p. 339 et 486).

Renaudin (A.M.P., 1860, p. 147) analyse un article de Winge paru dans un journal allemand. Winge estime que la forme du délire ne peut servir de base à une classification, et il donne la sienne basée sur des lésions cérébrales, médullaires, ou du système nerveux périphérique ; on peut ainsi diviser les maladies mentales en deux groupes : les folies idiopathiques, et les folies sympathiques. « Difficile à justifier en théorie, cette classification est encore plus difficile à réaliser en pratique, écrit Renaudin ». Il est intéressant de noter, en 1860, cette classification allemande qui fait passer au second plan les causes morales et est nettement organiciste.

Buchez fait à la Société médicopsychologique (A.M.P., 1860, p. 613) un long rapport sur le traité des maladies mentales que Morel (1) vient de publier. « Morel a cherché une classification des maladies mentales moins spéciale que celle usitée parmi vous. Il a cherché à les rattacher au cadre de la nosologie générale... Il s'est proposé de trouver une transition entre cette pathologie que tout médecin a apprise et cette autre pathologie, la pathologie mentale... Il a trouvé la réalisation de cette pensée dans une vue étiologique qui lie en effet les diverses maladies mentales à des points de départ qui sont en général décrits et enseignés dans la nosologie et dans toutes les cliniques. »... « Morel divise les maladies mentales en six groupes en rapport avec les relations intimes et nécessaires qui existent entre la

(1) *Maladies mentales*, Paris, Masson, 1860.

forme de l'aliénation et la nature de sa cause... *Le premier groupe* comprend les *aliénations héréditaires*, divisé en quatre classes caractérisées : la première par l'excès de tempérament nerveux et la prédisposition au délire ; la seconde par certaines monomanies instinctives ou raisonnantes, etc. ; la troisième par des dégénérescences intellectuelles et mentales diverses ; la quatrième classe par l'idiotie. *Le second groupe* contient les *aliénations mentales par l'intoxication* divisées en trois classes : la première comprend toute celles produites par le narcotisme, l'alcoolisme, etc. ; la seconde, celles produites sous l'influence d'une nourriture insuffisante ou altérée (ergotisme, pellagre, etc.), la troisième, les influences paludéennes et géologiques (le crétinisme). *Le troisième groupe* réunit les *aliénations déterminées par certaines névroses* et se divise en trois classes : folies hystériques, folies épileptiques, folies hypochondriaques. *Le quatrième groupe* contient les *aliénations mentales idiopathiques* divisées en deux classes principales, caractérisées : la première par l'affaiblissement progressif des fonctions cérébrales ; la seconde par la folie paralytique ou paralysie générale. *Le cinquième groupe* comprend les *folies sympathiques*. *Le sixième groupe* est terminatif, il est consacré à la *démence*... » « Morel a pris pour base de sa classification la pathogénie des maladies mentales... Pour lui, l'aliénation mentale est toujours le résultat d'une prédisposition organique antérieure. »

Buchez fait l'éloge du traité de Morel et de sa classification « contraire aux habitudes établies ». Et avant de procéder à un examen sérieux de cette classification, Buchez y voit « l'occasion de traiter à fond ce problème que, dans ses discussions, la Société a souvent touché, mais jamais abordé ».

Buchez passe ensuite en revue et compare à celle de Morel toutes les classifications admises — et discutées — à l'époque : celle d'Esquirol, que nous avons déjà reproduite et « qui est, avec celle de Pinel, le point de départ de la moderne pathologie mentale ». Il cite ensuite la classification de l'Allemand Heinroth déduite d'une théorie sur les causes psychiques de la folie ; celle de Falret père qui divise l'aliénation mentale en générale (manie) et en partielle. L'aliénation partielle peut être expansive (monomanie) ou dépressive (mélancolie), et pour Falret la démence est une période terminale et non une forme. Buchez donne ensuite la classification de Brierre de Boismont qui établit six classes d'aliénation : dans la première, il range les hallucinations et les illusions ; dans la seconde, caractérisée par un délire cohérent et général, il place le délire aigu et la manie ; dans la troisième, où le délire cohérent est limité, il place la monomanie,

l'oligomanie, la trépomanie (où les idées changent au cours de la maladie) et la stupidité ; la quatrième classe comprend le délire des ivrognes ; la cinquième classe, caractérisée par un délire incohérent, comprend la démence aiguë, la démence chronique, la démence paralytique progressive, la démence épileptique et la démence sénile ; dans la sixième et dernière classe sont placées l'imbécillité, l'idiotie, le crétinisme.

Buchez donne ensuite la classification de Scipion Pinel, où les maladies mentales sont divisées en quatre ordres : le premier comprend les lésions des facultés intellectuelles (délire aigu, manie, certaines monomanies, stupeur et démence simple) ; le deuxième les lésions des penchants et des instincts (hypocondrie, manie sans délire, certaines monomanies, homicides, suicides, incendiaires) ; le troisième les lésions des sens et de la sensibilité ; le quatrième les lésions de la motilité volontaire. Cette classification s'applique à toutes les maladies du cerveau et non spécialement aux maladies mentales.

Buchez résume la classification de Delasiauve qui pose en principe que l'élément organique ne peut servir de base à une classification des maladies mentales qui sont classées en deux titres généraux (comme Falret père) : aliénations générales, aliénations partielles.

Aliénations générales.	<div> <div> <div>manie</div> <div>démence</div> </div> <div> <div>paralytie générale.</div> <div>stupidité (et ses variétés).</div> </div> </div>	et leurs variétés.
Aliénations partielles.	<div> <div>délire perceptif</div> <div>délire moral et affectif.</div> <div>délire instinctif.</div> <div>démence partielle.</div> <div>idiotie.</div> </div>	<div> <div>illusions.</div> <div>hallucinations.</div> </div>

En outre, Delasiauve (dans un mémoire que nous avons cité plus haut) a proposé d'établir une classe de pseudomonomanies ou de monomanies diffuses.

Buchez donne enfin « l'essai de classification » que Baillarger (1) a fait à l'occasion de son cours à la Salpêtrière.

(1) Il y a eu trois essais de classification par Baillarger. Le premier que nous avons résumé dans les pages précédentes date de 1853, « essai sur une classification des différents genres de folies » (*A.M.P.*, p. 545). Le second, « essai de classification des maladies mentales » de 1854, est la leçon faite à la Salpêtrière le 9-4-1854 (Paris, Masson, 1854) et dont Buchez donne ici l'analyse. Le troisième est de 1889.

Formes des maladies mentales simples	$\left\{ \begin{array}{l} 1^{\circ} \text{ curables (monomanie, manie, folie à double forme.} \\ 2^{\circ} \text{ incurables (démences).} \\ 3^{\circ} \text{ mixtes.} \end{array} \right.$
Maladies mentales...	$\left\{ \begin{array}{l} 1^{\circ} \text{ dues à une cause spécifique (intoxications).} \\ 2^{\circ} \text{ associées aux affections cérébrales (paralysie générale, épilepsie, hystérie, chorée).} \end{array} \right.$
Appendice.....	: imbécillité.

D'après Buchez, dans l'essai de Baillarger perce un réel scepticisme à l'égard des classifications fondées sur les formes. Buchez dit qu'il hésite à parler de la classification de Parchappe déjà ancienne : folie simple aiguë (manie et mélancolie), chronique (débilité intellectuelle, manie et mélancolie chroniques, incohérence, stupidité) ; la folie composée (paralysie générale et épilepsie) ; la folie compliquée (méningite, hémorragies cérébrales, ramollissement, etc.) ; l'imbécillité et l'idiotie.

Buchez cite brièvement les classifications de Guislain : « si quelque chose prouve l'incertitude des classifications par les formes, ce sont les variations fréquentes de ce savant et consciencieux aliéniste ».

Il résulte, nous dit-il, de son exposé, une grande incertitude : « Pourquoi tant d'essais, tant de classifications, toujours plus ou moins différentes entre elles ?... Rien ne constate mieux le vague des méthodes usitées. »

Il y a une partie de la classification qui reste relativement fixée chez tous les auteurs, ce sont les maladies (paralysie générale, démence, épilepsie, idiotie) « dont la caractéristique fondamentale ne repose pas sur une forme apparente. C'est un grand argument en faveur de ceux qui cherchent à classer les maladies mentales du point de vue des lésions... et un plus grand encore en faveur de la méthode de Morel »... « Quatre méthodes de classifications sont en présence : l'une procède par la simple observation des formes apparentes ; l'autre conclut des lésions physiques (anatomiques) ; une troisième conclut des lésions fonctionnelles, intellectuelles ou morales ; la quatrième, celle de Morel, que j'appellerai *pathogénique*, se base sur des prédispositions organiques causales... »

« Les quatre méthodes de classification sont appuyées sur des faits positifs et incontestables... mais la première offre des lacunes ; le système anatomique est employé à la fois dans la classification par les formes et celle de Morel ; la classification par des lésions fonctionnelles pourrait disparaître « devant une étio-

logie plus générale fondée sur des prédispositions organiques ». « Les prédispositions organiques et les lésions nous donnent un point de départ... mais ne nous les donnent pas tous. »

Buchez conclut que l'ouvrage de Morel n'est probablement « pas complet au point de vue de la classification dans l'ensemble et dans les détails ». « C'est une chose commencée et non pas finie. » Buchez voudrait voir employer, au lieu de tempérament nerveux, les mots de *tempérament émotif* si heureusement trouvés par Cerise. Enfin Buchez demande à la Société si en dehors des six cadres créés par Morel, il n'existe pas une folie sans prédisposition antécédente, sans aucune maladie antérieure ou aucune lésion organique, sans aucune intoxication.

Nous avons tenu à analyser longuement ce remarquable rapport, écrit à propos de la nouvelle classification proposée par Morel dans son traité de 1860, parce qu'il fait le point sur les nombreuses classifications discutées à cette époque. Nous allons voir qu'à la suite de ce rapport une discussion « sur la classification des différentes formes de folie » a été mise à l'ordre du jour de la Société Médico-psychologique.



Cette discussion, commencée dans la séance du 12 novembre 1860 (A. M.-P., 1861, p. 128), se continue les 26 novembre (p. 193), 10 décembre (p. 316), 24 décembre (p. 322), 22 janvier (p. 326), 25 février (p. 456), 13 avril (p. 642), 29 avril (p. 648 et 473), 27 mai (p. 649). Il y a donc neuf séances où la discussion sur les classifications est à l'ordre du jour, pendant sept mois, de novembre 1860 à mai 1861. Le compte rendu est publié dans les A. M.-P. de 1861.

Cette longue discussion fut passionnée. Certes, les aliénistes éminents qui y prirent part développèrent leurs idées contradictoires, avec courtoisie, dans un débat d'une tenue académique parfaite. Cependant Parchappe a constaté, au cours de la discussion, qu'il y avait « trop de dissentiments entre les aliénistes ». Deux tendances, quasi-irréductibles, s'affrontèrent : celle des novateurs qui, suivant la forte expression de Brierre de Boismont, dirigeaient à la suite de Morel leurs attaques contre l'existence de la monomanie dont ils prenaient la doctrine corps à corps ; celle des traditionalistes, un peu effrayés, qui, par sentiment, et peut-être par habitude, défendaient les monomanies, c'est-à-dire la doctrine d'Esquirol.

Il faudrait lire, et nous le recommandons à ceux de nos lec-

teurs que la question intéresserait, toute cette discussion pour comprendre à quel point la doctrine de Morel était une véritable révolution, et nous regrettons de ne pouvoir en donner qu'une analyse incomplète.

*
**

Delasiauve rappelle son mémoire sur la monomanie, celui de Baillarger qui exposa, d'après ses impressions personnelles, les bases d'une nouvelle nomenclature de la folie, et l'occasion que saisit Buchez, à propos du dernier ouvrage de Morel, de faire porter l'importante question des classifications à l'ordre du jour de la Société... « Entre autres dérogations sérieuses aux errements généralement acceptés, M. Morel a cru devoir, consommant une rupture dès longtemps méditée, changer complètement le point de départ séculaire des divisions mentales. Au lieu de considérer la diversité des symptômes, il s'appuie sur les données étiologiques. » Delasiauve fait un historique de la classification en médecine qui a commencé par former des groupes de symptômes, puis considérant « l'aspect, la marche, les conditions, les lésions ou effets curatifs », a créé de nouveaux ordres, des genres, des variétés. Et il en donne de nombreux exemples empruntés à la pathologie générale.

Delasiauve craint que la tentative de Morel ne soit prématurée ou tout au moins périlleuse. « Les limites de la classification de Morel sont mal tracées... M. Morel s'est évidemment grisé de sa conception... »

En pathologie mentale, Delasiauve « craint (si l'on adoptait la classification pathogénique de Morel), en bouleversant l'ordre ancien, de se jeter dans la confusion, de s'aventurer dans des hypothèses... de courir peut-être le risque de faire rétrograder la science au lieu de faciliter sa marche », et les « notables perfectionnements apportés dans la nomenclature par Pinel, Esquirol, Ferrus, Bayle, Calmeil, Georget, Etoc-Demazy, Baillarger, etc., constituent un bilan qui n'est pas sans importance ». La classification des maladies mentales n'est pas dans une condition précaire qui réclame un tel changement. Pour apprécier les systèmes divers, l'œuvre serait « *herculéenne* » si l'on voulait envisager chaque auteur. »

L'insuffisance des classifications reçues a suggéré à Delasiauve l'idée de sa conception psychologique, mais on l'a accusé d'abstraire les conditions matérielles de la folie. Cependant, dit-il, ces catégories se trouvent dans les autres classifications : « Esquirol a brillé par la description des formes mentales, Ferrus a ré-

duit les types de folie à deux ordres (délire général et délire partiel). » Falret rejette la monomanie et admet des oligomanies, des polymanies, des pantomanies. Girard de Cailleux n'a pas imaginé une nomenclature spéciale, mais, dans une étude doctrinale profonde, a cherché une explication des délires général et partiel par le mot actif ou passif. Il faut « quelque peine » à Delasiauve pour dégager de la pensée de Baillarger les considérations psychologiques qui la voilent, et à la suite de « la lutte ardente » entre Baillarger et lui, il s'étonne que Baillarger tienne si fort à la dénomination de mélancolie. Enfin il estime qu'« il n'est pas de variété mentale qui ne vienne se ranger naturellement dans son cadre ».

Buchez répond que « *caractériser la folie, ce n'est pas la classer* » et Brierre de Boismont ne croit guère possible une classification des formes de la folie dans l'état actuel de la science.

Dans la seconde séance, Jules Falret prend la parole : Il laisse de côté l'histoire des classifications particulières et ne vient pas non plus « ajouter une classification nouvelle à la liste déjà si longue de celles qui ont été publiées jusqu'à ce jour ». Certaines personnes sont assez disposées à nier l'utilité des classifications dans les sciences : « parler ainsi, c'est nier la nature essentielle de l'esprit humain et la tendance instinctive qui le porte, malgré lui, à rapprocher les faits par leurs analogies, à les séparer par leurs différences, et qui l'oblige impérieusement à rechercher les lois générales propres à lui servir de guide au milieu de la multiplicité des faits particuliers... » « Puisque les classifications dans la science sont indispensables à l'esprit humain, quels sont donc les principes sur lesquels doivent reposer les classifications ?... » « Il faut rechercher des méthodes naturelles et non des systèmes artificiels... » « Les conditions essentielles des classifications naturelles sont au nombre de trois : 1° La classe doit reposer sur un ensemble de caractères appartenant à tous les faits qui y sont compris. 2° Ces caractères doivent être subordonnés et hiérarchisés. 3° Les faits réunis dans une même classe doivent avoir une *évolution* qui leur soit propre. » « Ensemble de caractères communs ou différentiels ; subordination de ces caractères et *évolution successive*, possible à prévoir, des faits réunis dans une même classe, telles sont les conditions nécessaires pour qu'une classification mérite le nom de méthode naturelle. » Il estime que toutes les classifications appartiennent à des systèmes artificiels. Rappelant les travaux de son père, il considère que le mode de classement reposant sur l'étendue plus ou moins grande du délire (général ou partiel)

est le moins imparfait. Le mot *démence*, en l'état actuel de la science, n'a pas de sens précis : chaque médecin lui donne une extension plus ou moins grande. Lorsque la science sera plus avancée, « on ne comprendra pas que l'on ait pu décorer du même nom de *démence*, d'un côté les états qui constituent la terminaison de la plupart des aliénations partielles, de l'autre la suppression presque absolue de toute intelligence qui existe dans les affections cérébrales autres que la folie... » « la classification actuelle ne tient aucun compte de la *marche* des maladies mentales ».

Puis Falret félicite Morel de sa méthode qu'il a appelée *méthode étiologique*, mais qu'il vaudrait mieux appeler *pathogénique*, et d'avoir eu le mérite de faire jouer un rôle principal à l'élément *cause* trop négligé. Falret critique la classe des folies héréditaires de Morel, trop vaste, comprenant des états trop différents. La classification de Morel est cependant préférable à ses yeux à la classification régnante et il conclut ce remarquable discours en affirmant que loin de se contenter des classifications existantes, « on doit chercher dans d'autres voies de nouveaux modes de classement ».

Nous insistons sur ce fait que Jules Falret a reproché à la classification de Morel, comme aux autres classifications, de ne tenir aucun compte de la *marche* des maladies mentales et de ne pas reposer sur « l'évolution prévue des maladies ».

Morel prend la parole pour exposer que c'est en cherchant à classer « les diverses variétés d'idiots et d'imbéciles » qu'il est arrivé à la classification des maladies mentales proprement dites. Ces dégénérés formaient différentes variétés que réunissait un lien commun, et puisaient dans la nature de la cause dégénératrice leurs caractères généraux distinctifs...

« La manie et la mélancolie ne doivent être considérées que comme des *symptômes* d'une maladie nerveuse à laquelle il s'agit d'assigner une place en la rapportant à sa véritable origine... » « J'ai fait ressortir qu'il existait des variétés de maladies mentales où les individus ne tombaient jamais dans la *démence*... et qu'il y en avait d'autres où les malades tombaient dans une *démence précoce*, j'ai même opposé la *démence juvénile* à la *démence sénile*.... Trois éléments doivent concourir à créer un état d'aliénation mentale : la *prédisposition* ; la *cause déterminante* qui met en jeu cette *prédisposition* ; enfin la *succession* et la *transformation* des phénomènes pathologiques... qui déterminent... la place que doit occuper l'individu dans le cadre nosologique »... « Une classification, c'est une méthode... l'avenir peut seul sanctionner l'opportunité et l'utilité d'une méthode. »

A partir de la troisième séance (10 décembre 1860, A. M.-P., 1861, p. 316), la discussion devient un peu confuse, et elle s'écarte de son objet précis. Adolphe Garnier trouve que Falret s'est montré très sévère pour les classifications généralement acceptées. Il approuve les principes de la classification défendue par Delasiauve. Par des exemples cliniques, il défend les monomanies qui ont des causes morales. Pour lui, les causes physiques sur lesquelles Falret voudrait établir une classification ne sont que « des occasions, des excitations, et il est d'avis de maintenir les deux groupes principaux : manie générale, manie partielle en faisant rentrer dans cette dernière la lypémanie.

A. Maury prend ensuite la parole et, comme Garnier, a distingué deux sortes de classifications : les classifications artificielles et les classifications naturelles ; il croit que « tant que la science n'est pas assez avancée pour établir une classification naturelle, il faut bien se contenter de la classification artificielle... Pour les maladies mentales, nous sommes bien forcés, faute de pouvoir pénétrer dans la cause intime du mal, de nous borner à une classification artificielle »... « Il ne s'agit point ici de classer les folies au point de vue philosophique... mais d'après les causes morbides qui amènent ce trouble... autrement on risquerait de confondre des phénomènes absolument différents : le délire de l'ivresse avec celui du fébricitant, etc... Notre classification doit être essentiellement pathologique. »

Dans la séance suivante, Adolphe Garnier répond à A. Maury. Il cite Bacon, Maine de Biran, de Quatrefages. Il maintient son point de vue (qui est celui de Delasiauve) sur le délire général (où pour guérir on cherche à fixer l'attention du malade) et sur le délire partiel (où pour guérir on cherche à détourner l'attention du malade du sujet de ses préoccupations ordinaires)... Il se montre résolument *spiritualiste*, mais considère cependant l'aliénation mentale comme un effet de la matière... « Si nous ne pouvons nous contenter des causes morales... c'est dans le cerveau que vous devez chercher les lésions de l'intelligence... Cherchez à mettre le doigt sur la partie du cerveau qui donne l'hallucination... », et pour terminer : « Il faut chercher d'autres causes organiques que celles indiquées par Falret, c'est dans les lésions du cerveau que l'on peut espérer les rencontrer. »

Dans la cinquième séance, Buchez estime que ces discours représentent deux tendances : la folie est-elle une seule maladie à formes diverses, ou y a-t-il plusieurs folies ?... « La tendance médicale actuelle est de rechercher l'origine pathogénique des maladies... la tentative de Morel est hardie, évidemment elle est

scientifique. Il résulte du travail de Morel une juste et utile extension du domaine des aliénistes. Il y fait rentrer en effet les névroses... »

Avec Adolphe Garnier on s'écarte un peu de la question, il s'agit, dit-il, de savoir s'il y a plusieurs folies ou s'il n'y en a qu'une seule. Buchez penche vers cette dernière opinion que Garnier contredit.

Archambault intervient alors pour demander si les mots folie, aliénation mentale, maladies mentales ont la même signification, et si ces mots ont pour tous la même valeur. Buchez répond que folie et aliénation mentale ne sont pas synonymes et qu'aliénation mentale a une signification plus large.

J. Falret reprend la discussion le 25 février (A. M.-P., 456) et pose de nouveau la question : Y a-t-il plusieurs espèces de folie ou n'en existe-t-il qu'une seule ?... Il expose la doctrine psychologique (il existe des individus malades et non des maladies distinctes) et la doctrine pathologique (il existe des espèces morbides distinctes qui ont leur évolution propre et leurs lois spéciales).

Nous nous éloignons cependant dans cet intéressant débat de la question des classifications.

Falret insiste pour démontrer qu'il y a plusieurs maladies mentales : « Des aliénés de conditions sociales différentes délirent de la même façon. Ce sont des types naturels, des espèces distinctes ayant leur caractère propre, un ensemble de symptômes spéciaux *et surtout une marche particulière*... En l'absence de classification étiologique il nous reste les symptômes physiques et moraux ; on doit y ajouter un élément, la marche de la maladie... » En résumé, les classifications psychologiques de la folie seraient les plus scientifiques si la folie était une au lieu d'être multiple.

Parchappe croit que le moment n'est pas encore arrivé pour la fondation d'une classification des maladies mentales. « La science n'est pas assez avancée et il y a *trop de divergences entre les doctrines médicales et trop de dissimilitudes entre les aliénistes*. » Il approuve, sans réserve, Falret lorsqu'il insiste sur la nécessité de tenir compte des altérations organiques aussi bien que de la marche de la maladie, et il lui paraît tout à fait inadmissible « que la psychologie espère à fournir le principe d'une classification nosologique et à appuyer l'espèce morbide sur la considération de la lésion de telle ou telle faculté distincte de l'âme... ce serait transporter la médecine dans le domaine de la philosophie pure... l'essai (la classification de Morel) dont la

valeur a été légitimement vantée, a eu incontestablement le mérite de remettre en honneur l'importance de la cause en tant qu'élément de la nature des maladies ». Il signale pour terminer qu'il a trouvé dans le cours de la discussion « quelque chose de vague qu'on rencontre souvent dans les écrits des auteurs, quand il s'agit des dénominations à appliquer aux maladies mentales... *C'est surtout quand on s'occupe de classification qu'il est indispensable de définir avec rigueur le sens des mots qu'on emploie* ».

Girard de Cailleux prend la parole dans la septième séance consacrée à cette discussion qui dure depuis six mois. Il précise que deux opinions s'opposent : 1° dans l'une le point de départ de la classification est l'état de l'organisme, les symptômes, les lésions qui s'y rattachent, les causes qui les produisent, la marche de la maladie ; 2° dans l'autre, on ne tient compte que de l'état psychique et des modifications du moi dans les modes des facultés (intelligence, sensibilité, morale et volonté). La classification doit-elle avoir pour fondement l'état somatique ou l'état psychique ?... « C'est en distinguant les divers états morbides et en les désignant sous des noms spéciaux » et en ne négligeant aucun des caractères : causes, symptômes, marche et lésion, et en ajoutant la modification psychique qu'ils entraînent, que l'on parviendra à accomplir un véritable progrès dans la classification.

Adolphe Garnier pense qu'on peut se rallier à la doctrine de Parchappe, et que l'analyse psychique doit servir à indiquer les signes de l'aliénation mentale... « C'est dans le cerveau qu'on doit rechercher les causes organiques de la folie. »

Bourdin dit que parmi ceux qui ont proposé des classifications, chacun a pris une base différente et il regrette qu'une classification générale n'existe pas.

Pour Fournet la question est mal posée, et il demande avec insistance une définition de l'aliénation mentale.

Baillarger, prenant un exemple clinique, affirme que la folie a deux caractères : « perte de conscience d'un trouble fonctionnel et impuissance à réprimer ses impulsions ».

Belhomme estime qu'une bonne classification des facultés à l'état normal est nécessaire pour baser dessus une bonne classification de l'aliénation mentale, mais on ne peut pas considérer l'esprit comme entièrement dégagé de la matière.

Buchez croit qu'il est anatomiquement démontré que le cerveau est indispensable à la manifestation de la pensée.

C'est un duel entre organicistes et spiritualistes.

Le 29 avril, Lisle reprend la discussion et il développe ces trois

points : 1° les lésions matérielles cérébrales appartiennent exclusivement à la démence et à la paralysie générale ; 2° dans les folies sans complication, l'aberration des facultés préexiste à toute altération organique du cerveau ; 3° un cas de folie étant donné, il s'agit de savoir si elle est compliquée d'une altération organique du cerveau ou d'un viscère. L'exposé de Lisle est fort long, il accompagne son argumentation d'observations cliniques et il se résume : « La folie se divise naturellement en deux classes : 1° la folie simple, bornée à une souffrance de l'âme ; 2° la folie compliquée par une maladie, soit présente, soit consécutive, du cerveau ou d'un autre organe. » Il propose la classification suivante. La première classe ne renferme qu'une espèce, la folie psychique ou dynamique dont Guislain a évolué les formes diverses à plus de cent. La deuxième classe, la folie compliquée, se divise en deux genres : la folie sympathique ou viscérale et la folie somatique ou encéphalique dont les principales espèces sont l'idiotie, la démence, la paralysie générale, le delirium tremens, la folie ébrieuse, etc.

Brierre de Boismont, président la séance, demande la clôture, mais Delasiauve veut répondre aux critiques qui lui ont été adressées.

Ce qu'il fait dans la séance du 17 mai. Il dit à Buchez que l'avènement de la classification de Morel n'est « *qu'une espérance d'avenir* » ; il se félicite de l'approbation de Garnier, n'accepte pas la condamnation qui ressort du discours de Falret, regrette que Parchappe pense à l'impossibilité d'établir une classification à cause de la divergence qui règne entre les théories et conclut : « Jusqu'à plus ample informé nous persévérons dans nos errements. *On s'est fourvoyé dans le champ d'une discussion trop générale.* »

C'est l'impression la plus nette qui se dégage de cette longue discussion qui tint l'ordre du jour pendant neuf séances. A la Société Médico-psychologique (comme en Allemagne où Winge opposait sa doctrine somatique à la doctrine psychologique de Heinroth), les symptomatologistes affrontèrent les pathogénistes, les psychologues s'opposèrent aux somatologues, les spiritualistes aux organicistes. Nous le répétons, à une époque où l'on donnait encore une trop grande importance aux causes morales, la nouvelle classification de Morel devait provoquer ces discussions passionnées, ardentes où l'on sentait la défaite de ceux qui tenaient pour la doctrine des monomanies (qu'ils avaient compliquée d'ailleurs), pour la doctrine d'Esquirol.

En 1867 (A.M.-P., p. 491), la Société Médico-psychologique

organise le 10 août un « Congrès aliéniste international ». Lunier regrette que chaque établissement « ait pour ainsi dire des cadres spéciaux » ; il désire une statistique internationale, propose et obtient la nomination d'une commission internationale composée de 11 membres (3 Français, 3 Anglais, 2 Allemands, 1 Italien, 1 Suisse, 1 Espagnol) pour élaborer une classification.

Lunier (*A. M.-P.*, 1869, p. 32) publie son rapport « Projet de statistique applicable à l'étude des maladies mentales » où il résume les travaux de cette commission, et il reproduit des tableaux synoptiques, donnant des renseignements par rapport aux maladies mentales classées de la manière suivante :

Folie simple...	manie (7 variétés).
	lypémanie (5 variétés).
Folie épileptique.	folie circulaire.
	folie des persécutions.
	folie raisonnante.
	monomanie (5 variétés).
	démence consécutive.
Folie épileptique.	
Folie paralytique.	
Démence sénile.	
Démence organique.	
Idiotie (3 variétés).	
Crétinisme (3 variétés).	

Il faut rappeler ici que Lunier, Inspecteur général, avait (comme il le dit dans la communication de 1867) « fait préparer des tableaux statistiques qui devaient être adressés aux directeurs d'asiles », et cependant en 1870 la classification officiellement adoptée par le service de la statistique générale est encore : fous, idiots, crétins ; et en 1872 seulement elle devient celle de Lunier simplifiée : folie simple, folie épileptique, folie paralytique, démences sénile et organique, idiotie. Cette classification restera officielle jusqu'en 1915.

Achille Foville fils (*A. M.-P.*, 1872, II, p. 5) publie un mémoire sur la « nomenclature et classification des maladies mentales » (1) qu'il considère comme un des objets essentiels et les plus difficiles des études médico-psychologiques. Il attribue les échecs successifs, dans l'établissement d'une classification uni-

(1) Extrait du *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique* (art. Folie), p. 243, t. XV.

forme, à ce que les connaissances sur la pathologie mentale sont incomplètes, et à ce que presque tous les mots employés dans la nomenclature des maladies mentales ont reçu depuis un temps très ancien des acceptions variables et même opposées. Il en donne de très nombreux exemples. Le terme de monomanie « qui depuis Esquirol a été l'objet des discussions les plus vives » causées par le défaut d'entente sur la signification exacte, « le nom même de paralysie générale est une source journalière de malentendus et de confusion, car ces mots pris dans leur sens précis ne s'appliquent en aucune façon aux symptômes du début », etc... « Nous sommes encore dans la nomenclature des maladies mentales dans une sorte de chaos » (1). Ni Esquirol ni Parchappe ne sont parvenus à faire cesser toute confusion dans les idées et dans les mots, et Guislain a inventé une série de dénominations entièrement nouvelles. « Il vaut mieux se servir des mots qui ont cours aujourd'hui en précisant les limites que l'on entend assigner à leur usage. »

Foville nous dit que la classification tient une large place dans les sciences naturelles, il en donne les raisons et définit la classification botanique, où le procédé des systèmes a fait place à la méthode naturelle. Avec Falret, il estime que jusqu'alors toutes les classifications dans les maladies mentales n'ont été que des systèmes, dont la base peut être rapportée à quatre chefs : 1° le mode présumé d'altération des facultés mentales ; 2° les manifestations extérieures de la maladie ; 3° les causes et l'origine de son développement ; 4° les lésions anatomiques qui lui sont propres, d'où les noms de classifications psychologique, symptomatique, étiologique ou pathogénique, et anatomique.

Foville fait ensuite un historique des classifications psychologiques (Félix Plater en 1625 et Wickard en 1790), des classifications symptomatologiques, et il cite Sauvages (1767), Ploucquet (1791), Erhardt (1794), Valensi (1796), Cullen (1782) et Chiarugi (1794). Il cite ensuite les classifications mixtes (psychologiques et symptomatologiques) : Galien, Arnold (1782).

En France, dans sa classification, Pinel (1800) innove peu et aux trois genres établis par Cullen (manie, mélancolie, démence), il ajoute l'idiotie. Esquirol, en introduisant deux genres nouveaux (la lypémanie et la monomanie), divise toute la folie en cinq genres et à cette époque, « cette classification domine dans

(1) Nous rappelons à ce propos la communication de MM. Th. Simon et Larivière à la Société médico-psychologique, le 23 mai 1932, et la discussion qui a suivi (*A.M.P.*, 1932, I, p. 577).

la science et dans la littérature, dans la médecine légale et dans les statistiques officielles ».

La classification allemande de Heinroth (1818) est purement métaphysique et fut combattue par Friedreich et Jacobi, partisans des doctrines somatiques.

S'écartant des discussions scolastiques, les aliénistes français se sont appliqués à poursuivre l'œuvre commencée par Esquirol, mais parfois en opposition avec les idées de leur maître : Foville (père) et Falret (père) ont discuté de l'existence de la monomanie. Ferrus divisait la folie en délire général et délire partiel ; Delasiauve interpose, entre la manie et la monomanie, les pseudo-monomanies ou monomanies diffuses ; Baillarger nie que la mélancolie soit un délire partiel et la classe avec la manie dans le délire général ; la manie et la mélancolie restant *théoriquement distinctes*... dans les livres, alors que dans la pratique l'exaltation et la dépression sont au contraire « alternées ou intimement *mêlées* sans que l'on puisse dire si ces malades sont alternativement, ou en même temps, en proie à deux affections différentes. » Cette difficulté fut écartée par Baillarger qui proposa le terme de folie à double forme et par Falret, qui proposa celui de folie circulaire. Tout en reconnaissant la manie et la mélancolie comme entités pathologiques distinctes, Briere de Boismont et Marcé ont admis qu'elles pouvaient se transformer ou alterner, d'où les noms de trépomanie, et *les formes mixtes* de Marcé. Parchappe n'admet que la folie simple et la folie compliquée, et Griesinger ne voit dans les différentes divisions de la folie que les formes d'une même affection et non des maladies distinctes. Skae et Tuke, en Angleterre, ont abandonné la symptomatologie comme base de classification et ont eu recours à l'étiologie et à la pathogénie. Morel a fait, en ce sens, la tentative la plus importante et son système de classification marque une date.

Foville nous donne ensuite la classification de Morel, que nous connaissons déjà, il la considère comme un progrès, mais il estime « qu'une classification des causes de la folie ne saurait constituer une véritable classification des diverses espèces de folie ». Il prend comme exemple les troubles liés à l'intoxication alcoolique qui peut provoquer des troubles aigus de plus ou moins longue durée, et donner aussi des démences simple ou paralytique, une lypémanie hallucinatoire ou une manie aiguë « En présence d'une telle diversité dans les effets d'un même agent toxique, comment peut-on reconnaître un caractère spécifique à la folie par intoxication ? »

Foville énumère ensuite les maladies mentales qui lui paraissent devoir être admises à titre d'entités morbides distinctes. Il les définit cliniquement, étiologiquement, pathologiquement, anatomiquement, et nous donne pour terminer la classification suivante qu'il appelle « essai de classification méthodique des maladies mentales » :

I. Folies simples, sans lésions anatomiques spécifiques.

1^o Manie.

2^o Lypémanie générale

} anxieuse.

} apathique.

} stupide.

3^o Lypémanie partielle

ou essentiellement

hallucinatoire

} folie hypocondriaque.

} délire des persécutions.

} mégalomanie (délire des grandeurs).

} démonomanie.

4^o Folie à double forme.

5^o Folie instinctive ou folie des actes.

6^o Folie épileptique, hystérique, choréique.

7^o Folie puerpérale.

II. Folies avec lésions anatomiques spécifiques. Folie paralytique ou paralysie générale.

III. Infirmités cérébrales et intellectuelles acquises (atrophies). Démences.

IV. Infirmités cérébrales et intellectuelles congénitales (agénésies).

1^o Idiotie.

2^o Imbécillité.

3^o Crétinisme.

Appliquant sa classification aux malades présents à la Maison de Charenton (288 hommes et 271 femmes), Foville en conclut qu'elle est, dans la pratique, d'une application facile et exacte.

Berthier (A.M.P., 1873, II, p. 365), publie un assez long mémoire intitulé « classification et diagnostic des maladies mentales ».

Il discute des bases d'une classification : l'anatomie ne peut donner une base suffisante « parce qu'elle est muette sur les supports organiques des vésanies ; la physiologie non plus, parce que nous n'avons aucune certitude scientifique sur les attributions cérébrales du point de vue de la pensée ; la pathologie ne met à notre disposition qu'un trop petit nombre de faits qui peuvent se rencontrer dans toutes les vésanies ; les promesses de l'étiologie sont séduisantes » (Berthier avait essayé, dans sa thèse inaugurale (1857) une classification des maladies mentales

d'après leurs causes) « mais, parmi la multiplicité des causes, le choix n'est pas facile, et leur recherche sujette à l'erreur. La *symptomatologie* a ses inconvénients, mais c'est à elle qu'a été empruntée la nomenclature des formes mentales ; la création des termes d'Esquirol a rendu d'immenses services ; il faut agrandir et perfectionner cette œuvre de génie ; enfin, l'assiette la plus ferme d'une classification des maladies mentales serait la *psychologie*, mais les trois facultés primordiales (sensibilité, intelligence, volonté) peuvent ne pas s'altérer séparément ». Pour Berthier, une classification sûre doit s'asseoir sur *l'analyse clinique* « qui, après avoir groupé les éléments constitutifs de la maladie, les décompose pour déterminer les caractères fondamentaux du délire ».

Berthier divise les maladies mentales en 3 ordres : délires accessoires, délires vésaniformes, délires vésaniques. Cette classification est évidemment symptomatologique et étiologique.

Dans le premier ordre (délires accessoires) rentrent les délires dans les fièvres, les phlegmasies, les empoisonnements, la rage, etc. Dans le deuxième ordre (délires vésaniformes ou folies secondaires) les folies épileptiques, paralytiques, choréiques, hystériques, méningitiformes, toxiques, traumatiques, puerpérales, diathésiques, pouvant former les composés binaires, comme par exemple « les folies épileptiques — goutteuses — dartreuses — alcooliques », etc. Le troisième ordre comprend les délires vésaniques ou folies proprement dites.

Dans sa nomenclature, Berthier emploie des néologismes dont il a donné l'étymologie. Ces délires vésaniques sont : la tératomanie, la zoomanie, l'holomanie, la plexomanie, la logomanie, la physiomanie, la stoechiomanie et la polymanie, et dans un tableau en face de chacune de ses nouvelles formes de folie sont leurs caractères fondamentaux. Pour Berthier, il suffira de rechercher chez un malade, les caractères fondamentaux de son affection par l'étude des facultés psychiques « cardinales », et, une fois ces caractères trouvés, de se reporter à son tableau symptomatique qui donnera le nom de la maladie ; et l'auteur nous donne des exemples de cette façon ingénieuse de procéder pour arriver au diagnostic qui est le résultat, d'après sa méthode originale, de quatre opérations successives : 1° la reconnaissance d'un état vésanique ou vésaniforme ; 2° la constatation de franchise ou de dépendance de l'état mental ; 3° la recherche des caractères psychiques fondamentaux ; 4° la confrontation de la somme de ces caractères avec celle de chaque espèce de la classification, et il donne de nouveaux exemples.

Berthier rappelle le discours de Falret (1861) que nous avons analysé et dit qu'il se rencontre avec les principes définis par celui-ci dans les trois chefs principaux des conditions nécessaires à l'établissement d'une classification des maladies mentales et il termine en rappelant « que de l'emploi raisonné de la classification dépendent : le diagnostic, le traitement, le pronostic lui-même, et la solution des problèmes délicats de médecine légale ».

Dans le tome II des *A.M.P.* de 1873, p. 105, nous pouvons lire une analyse de la nomenclature et de la classification de Tuke. Elle est pathogénique et comprend 7 grands ordres : 1° folie résultant du développement du cerveau enrayé ou incomplet ; 2° folie idiophrénique ; 3° folie sympathique (c'est-à-dire en rapport avec des lésions viscérales) ; 4° folie anémique ; 5° folie diathésique ; 6° folie toxique ; 7° folie métastatique. La nomenclature comprend trente et un genres de folies.

L'année suivante paraît une analyse de la classification des psychoses de Krafft-Ebing (*A.M.-P.*, 1874, II, p. 449). Elle se divise en trois grands ordres : 1° aliénation mentale proprement dite, qui comprend les états affectifs et émotifs primaires (mélancolie, manie et monomanie) et secondaires (délires systématisés et démence) ; 2° les dégénérescences psychiques héréditaires (manie périodique, folie circulaire, etc.) par transformation des névroses constitutionnelles (hystérie, épilepsie) et la paralysie générale ; 3° les arrêts de développement psychique. Les états primaires sont dans la règle seuls curables.

Dans les *A.M.-P.* de 1877, II (p. 461), nous trouvons une analyse de la nouvelle classification anglaise de Bucknill, où « les caractères ou phénomènes psychiques sont combinés avec les relations pathogéniques et les conditions pathogéniques. Les premières forment les classes, les secondes les ordres et les genres, les troisièmes les espèces ».

Dumesnil et Pons (*A.M.-P.*, 1879, I, p. 303), analysant un article de Skae, défendent la classification d'Esquirol et estiment qu'on ne peut faire une classification d'après les troubles physiques sans tenir compte des troubles mentaux.

Christian (*A.M.-P.*, 1885, II, p. 373) analyse le rapport présenté à la Société de Médecine mentale belge par le professeur Lefebvre, de Louvain, sur la « recherche des bases d'une bonne statistique internationale des aliénés » et regrette qu'aucune classification n'ait été universellement adoptée à la suite des Congrès de 1867 et 1878.

En 1882, Magnan a fait paraître sa nouvelle classification, et

dans la nomenclature des maladies mentales sont apparus les termes de délire des persécutions.

En 1886 et en 1887, la Société Médico-psychologique met à l'ordre du jour de ses séances des discussions sur la folie héréditaire, le délire chronique, la folie des dégénérés et les mots de folie systématique et de paranoïa commencent à être employés. Dans un mémoire de A. Planes sur le mouvement de l'aliénation mentale à Paris de 1872 à 1885 (A. M.-P., I, p. 60 et 229), les termes de monomanie, lypémanie ont disparu, et l'on note le délire des persécutions.

Paul Garnier (A. M.-P., 1888, II, p. 453) rappelle à la Société Médico-psychologique qu'en 1885, à la suite du Congrès de phréniatrie et de psychopathologie d'Anvers où la « recherche des bases d'une bonne statistique internationale » était au programme, une commission composée de Magnan, Christian, Garnier avait été chargée par la Société d'établir « une classification méthodique et pratique pour asseoir le plus solidement possible une statistique internationale ». Garnier renonce à faire « *l'histoire des efforts successifs réalisés avec des fortunes diverses en vue de l'établissement d'une nosologie méthodiquement cataloguée* ». Depuis deux ans, la Société, en ouvrant la discussion sur le délire chronique, indiquait son intention de procéder à une révision de la nomenclature des états vésaniques. Pour cette nouvelle nomenclature, on s'est adressé tour à tour à l'anatomie pathologique, aux lois de la psychologie normale transportées dans le domaine de la psychologie morbide, à la symptomatologie, à l'étiologie, à la pathogénie. Les bases de la classification que Garnier propose sont mixtes. « *L'Ecole psychiatrique française, essentiellement clinique, s'est attachée à discerner, sous la forme extérieure accessoire, le fond morbide primordial, et d'autre part à étudier le processus psychopathique, à en marquer les stades et les transformations* » ; actuellement le désaccord qui existe entre un certain nombre d'aliénistes porte presque uniquement sur les dénominations et le classement applicables aux psychoses essentielles. Nous reproduisons plus loin le tableau synoptique que Garnier plaça sous les yeux de ses auditeurs.

Garnier rappelle qu'après les discussions qui se sont poursuivies au sein de la Société sur la folie des dégénérés héréditaires et sur le délire chronique, ces deux types d'aliénation mentale figurent dans le classement. La classification de Magnan est loin de comprendre l'énumération de bien des formes figurant dans d'autres classifications, elle ne classe que les types morbides sans s'astreindre à dresser une liste des variétés secondaires.

I. — ÉTATS MIXTES
tenant de la pathologie et de
la psychiatrie

Paralysie générale.
Démence sénile (athérome cérébral).
Lésions cérébrales { Ramollissement.
 Hémorrhagies.
 circonscrites..... }
Hystérie. {
 Absinthe.
 morphine et opium.
 Verdet.
 Seigle ergoté.
 Plomb.

Crétinisme.

II. — FOLIES PROPREMENT DITES
PSYCHOSES.

Manie..... } éléments simples.
Mélancolie..... }
Délire chronique... { Incubation.
 Persécution.
 Ambition.
 Démence.

Folies intermittentes... { Simple.
 Circulaire.
 Double forme.
 Alterne.

Folies des dégénérés avec les syndromes
épisodes et les délires d'emblée
(primaires).
Idiots, imbeciles, débiles, déséquilibrés.

Idiotie (imbécillité, débilité mentale,
crétinisme).
Démence simple (primitive ou consé-
cutive).

{ Manie.
 Mélancolie.

Délire aigu ou chronique.
Folie morale (folies impulsives et
par obsession).
Folie circulaire.

Aliénations mentales compliquées de :

Paralysie.
Epilepsie.
Hystérie.
Tumeurs et foyers cérébraux.
Aliénations mentales par intoxica-
tions (indiquer l'agent toxique).

Folie des héréditaires (démence sim-
ple primitive).

Manie.
Mélancolie.
Démence simple consécutive.
Délire chronique.
Folie des héréditaires.

Folies intermittentes.

Paralysie générale.
Epilepsie.
Hystérie.

Lésions circonscrites.
Alcoolisme et autres intoxications.

Le discours de Paul Garnier est le prélude à une discussion sur la classification des maladies mentales, qui restera à l'ordre du jour de la Société pendant sept séances ; elle commence en juillet 1888, elle se terminera en juin 1889.

Auguste Voisin (A. M.-P., 1889, I, p. 109) rappelle que dans ses leçons de 1867 il énonçait que toute classification de pathologie mentale rationnelle devra être établie sur l'étiologie, la pathogénie, la clinique et l'anatomie pathologique. Mais s'il approuve ainsi les bases de la classification proposée par Garnier, il regrette que celui-ci n'ait pas plus formellement insisté sur la nécessité de fonder le classement de toutes les formes de folie sur le caractère des lésions anatomiques et que sa classification renferme encore comme entités morbides la manie et la mélancolie. A. Voisin, comme Moreau (de Tours), considère que toute maladie nervoso-mentale est précédée de modifications survenues dans nos organes, et il apporte à l'appui de son affirmation le résultat des nombreuses autopsies qu'il a faites depuis trente ans, et une observation. D'autre part, la manie et la mélancolie ne sont que des formes symptomatiques qui peuvent être causées par des modifications organiques opposées. « Le progrès consiste à classer ces états d'après la nature et non pas d'après leur forme. »

Marandon de Montyel dit que Morel, par une vue presque de génie, a ouvert la voie de l'avenir. Il cite le rapport de Buchez. L'élément étiologique semble supérieur pour une classification à l'élément anatomo-pathologique, et des quatre méthodes dégagées par Buchez, la classification étiologique subsiste seule. La classification symptomatologique est un enfantillage, la classification fonctionnelle une rêverie, la classification anatomo-pathologique une impossibilité et la classification mixte un nonsens, et Berthier, Falret père et Garnier ont considéré qu'en face de la multiplicité des causes il était difficile de distinguer la part de chacune. On peut vaincre cette difficulté. Mais il faut d'abord s'entendre sur la portée des mots : *maladies mentales*. Les délires fébriles sont décrits avec raison à l'occasion des pyrexies, de même les symptômes mentaux tels que la démence sénile doivent l'être avec la sénilité, et les démences dites organiques avec les lésions organiques du cerveau. Ce ne sont pas des maladies mentales. En outre, il ne faut pas admettre dans une classification la démence consécutive, pas plus que dans une classification des maladies du corps on n'essaierait d'y introduire la mort. Les maladies mentales à classer d'après la méthode étiologique sont les vésanies. Pour devenir aliéné, il faut être prédisposé et

Georget avait raison, il y a cinquante ans, de nier les folies d'origine morale. La prédisposition peut être héréditaire ou acquise, et il y a deux grandes divisions étiologiques : les folies simples et les folies compliquées. (Nous notons que c'est la division de Parchappe).

Les folies simples se subdivisent en folies simples proprement dites où la prédisposition est à son minimum, et les folies simples dégénératives où elle est à son maximum.

Marandon de Montyel rappelle les discussions de la Société sur les folies héréditaires. Tandis que les causes des folies simples engendrent des caractères spéciaux en rapport avec leur intensité, les causes des folies composées les engendrent d'après leur nature. Les folies composées sont les folies toxiques, les folies convulsives ; d'autres plus sujettes à controverse comprennent l'élément congestif, l'élément sympathie et l'élément diathèse. La paralysie générale a sa place dans les folies composées, ainsi que les folies sympathiques et les folies diathésiques.

Il ne reste plus qu'une classe, les folies multiples (nous disons aujourd'hui associées).

Dans son exposé Marandon de Montyel critique Berthier dont il accuse les « exagérations fantaisistes » d'avoir jeté le discrédit sur les « folies diathésiques ».

Dans la séance suivante (*A. M.-P.*, I, p. 155), Dagonet reproche à Garnier d'avoir voulu joindre, dans une classification mixte, un caractère déjà indiqué par Schüle, celui d'évolution morbide, parce qu'il y a des malades qui ne présentent, au cours de leur maladie, aucun changement dans leur état mental. Si, comme le disait Griesinger, on ne peut faire une classification sur les altérations anatomiques du cerveau, Baillarger a fait cependant remarquer qu'il pouvait ne pas y avoir de lésion palpable, mais simple irritation nerveuse ou trouble de nutrition. L'étiologie ne peut servir de base suffisante à une classification. D'autre part, dans la folie héréditaire, telle que Morel l'a décrite, Marcé ne trouve aucun caractère spécifique, et, sous l'influence de l'hérédité, les affections mentales les plus diverses depuis la monomanie jusqu'à la paralysie générale peuvent se développer. Il cite ensuite la classification proposée par Marcé, qui est empruntée à celles de Ferrus, de Parchappe et surtout de Baillarger : 1° vésanies pures (délire général, délire partiel et démence) ; 2° vésanies associées (folie à double forme) ; 3° vésanies avec lésions organiques (paralysie générale) ; 4° vésanies associées à diverses névroses et celles qui sont sous la dépendance d'intoxications ; 5° états congénitaux (idiotie, imbecillité, crétinisme).

Luys (*A. M.-P.*, 1889, I, p. 264) dit qu'il a fait aussi une classification et qu'on peut appliquer aux maladies mentales les méthodes d'études employées journellement pour la classification des maladies. Son point de départ a été une étude aussi complète que possible de l'encéphale humain, et de l'anatomie comparée, et il a formulé une classification nosologique dans son « *Traité des maladies mentales* ». « L'antique édifice des vésanies s'écroule par la base », les délires partiels, les monomanies, le délire des persécutions, loin d'être des troubles dynamiques, sont l'expression symptomatique de l'hypertrophie localisée du cerveau. Le délire chronique ne peut pas constituer une entité nosologique, le délire c'est un symptôme, et par exemple la dyspnée chronique n'est pas un diagnostic. Le terme « *démence simple* » est un non-sens, parce que la démence est la dernière étape d'un processus commencé depuis longtemps. Luys, regrettant que les idées d'une classification anatomique aient été mises de côté, reprend la proposition de Dagonet, c'est-à-dire l'ancienne classification de Baillarger amendée par Marcé.

La discussion se continue le 25 mars (*A. M.-P.*, 1889, I, p. 473). Paul Garnier n'a pas l'intention « de raviver une discussion près de s'éteindre ». Il répond brièvement à ses contradicteurs qui ont vanté tour à tour la classification symptomatique, étiologique, anatomique. Les théories de Luys sont contestées par la plupart des neuropathologistes ; d'autre part, la classification Baillarger-Marcé dérivée de celle d'Esquirol, que proposent Dagonet et Luys, ne tient pas compte de la profonde modification qui s'est opérée dans les idées grâce aux travaux de Morel. Le président propose de renvoyer à la commission un travail de Baillarger, suivi de sa classification sur les maladies mentales, comme il avait été fait d'une classification proposée par Régis.

Le 27 mai (*A. M.-P.*, 1889, II, p. 112), Ball reprend la discussion en disant qu'il eût mieux valu ne pas aborder cette œuvre difficile. Dans ses leçons, il a pris un système fondé sur celui de Morel, c'est-à-dire qu'il a pris l'étiologie comme base de sa classification. Mais il reconnaît qu'il est impossible de rallier la majorité des aliénistes aux tentatives de classification basées sur l'étiologie des maladies mentales. Il critique vivement la proposition de Garnier « qui est la reproduction textuelle d'une classification tombée depuis longtemps dans le domaine public... » où l'on constate « l'absence absolue de toute idée générale, de toute conception philosophique ». Il critique l'expression « *délire chronique* » qu'il appelle malencontreuse. C'est une attaque assez vive contre les idées de Magnan et la classification présen-

tée n'est pour Ball ni logique, ni même pratique. Il rejette la conception « folie des dégénérés » et soumet à la Société un projet de classification inspiré, dit-il, des idées de Baillarger.

I. FOLIES.....	1 ^o avec exaltation .	{	manie.		
			exaltation maniaque.		
	2 ^o avec dépression : mélancolie .	{	simple.		
			stupide.		
			anxieuse.		
	3 ^o avec périodes d'exaltation et de dépression	{	folie à double forme	{	accès isolés.
					accès continus.
					(folie circulaire).
	4 ^o folies intermittentes.				
	5 ^o délire de persécution.				
II. DÉMENCES	6 ^o délires partiels	{	ambitieux.		
			érotique.		
			mystique.		
	7 ^o folies toxiques.	{	alcoolisme.		
			saturnisme.		
	8 ^o folies névropathiques.	{	épileptique.		
			hystérique.		
			choréique, etc.		
	1 ^o simples	:	vésaniques.		
	2 ^o organiques.	{	hémorragies.		
		ramollissement.			
		sclérose du cerveau.			
III. ARRÊTS DE DÉVELOPPEMENT.	3 ^o séniles.				
	4 ^o paralysie générale.				
	5 ^o démence syphilitique (syphilis du cerveau).				
	1 ^o idiotie.				
	2 ^o crétinisme.				
	3 ^o imbécillité.				
	4 ^o débilité mentale.				
	5 ^o etc...				

Le vote sur la classification des maladies mentales est inscrit à l'ordre du jour de la séance suivante, après une discussion où prirent part Falret, Christian, Pichon, Magnan, Vallon.

Paul Garnier (*A. M.-P.*, 1889, II, p. 260) fait remarquer qu'il n'existe pas dans la Société une entente assez complète pour l'adoption d'une classification quelconque ; Falret, au contraire, est d'avis de voter sur les conclusions du rapport de Ball ; Garnier s'étonne que l'on ait dit que cette classification émanait de Baillarger (1), car celui-ci vient de publier un projet qui n'a que

(1) Nous donnerons cette classification à la page suivante.

des rapports éloignés avec celui de Ball. Garnier et Magnan s'étonnent de ne pas voir les folies héréditaires dans la classification de Ball : « Ce serait rayer l'œuvre de Morel ; nier les folies héréditaires, c'est nier l'évidence. » La classification de Ball est rejetée par 14 voix contre 13 et la Société par 15 voix contre 8 adopte l'ordre du jour de Garnier : « Dans l'état actuel de la science toute tentative de classification des maladies mentales ne saurait s'appuyer que sur des données ou trop incomplètes ou trop contestées pour rallier la grande majorité des suffrages... », etc...

Dans cette discussion plus ardente encore que celle de 1861, quatre tendances s'affrontèrent : celle de Dagonet, de Ball, de Falret qui soutenaient une classification Baillarger-Marcé dérivée de celle d'Esquirol ; celle de Luys qui soutenait d'abord une classification purement anatomique, puis se rallia à la première tendance ; celle de Marandon de Montyel soutenant la classification de Morel ; enfin celle de Magnan, Christian, Paul Garnier qui présentaient la classification nouvelle de Magnan.

Baillarger avait publié, pendant cette discussion, à la suite d'un article sur les pseudo-paralysies générales (*A. M.-P.*, 1889, I, p. 96), une nouvelle classification.

Formes curables, les folies

Formes incurables, les démences

I. LES FOLIES

1 ^o Folies simples.....	{ délire partiel. manie. mélancolie. double forme.
2 ^o Folies graves.....	{ manie ambitieuse. mélancolie hypocondriaque
3 ^o Folies intermittentes.....	{ simple. à formes alternes.
4 ^o Folie circulaire	: à double forme.
5 ^o Folies d'origine toxique	{ alcoolique. pellagreux. paludisme.

II. DÉMENCES

1^o Paralysie générale ; 2^o démence sénile ; 3^o démences symptomatiques d'affections circonscrites du cerveau ; 4^o démences consécutives aux vésanies.

III. ARRÊTS DE DÉVELOPPEMENT

Idiotie, imbecillité, débilité mentale, crétinisme.

Dans une chronique (*A. M.-P.*, 1889, II, p. 180), Ant. Ritti rend compte du Congrès international (5 au 10 août 1889) et il félicite le Docteur J. Morel (de Gand) de son rapport sur les bases d'une bonne statistique internationale des maladies mentales. J. Morel a établi un classement que Ritti désire voir passer dans le domaine de l'application : 1° manie (y compris le délire aigu) ; 2° mélancolie ; 3° folie périodique (ou double forme, etc.) ; 4° folie systématisée progressive ; 5° démence vésanique ; 6° démence organique et sénile ; 7° paralysie générale ; 8° folies névrosiques (hystérie, épilepsie, hypocondrie, etc.) ; 9° folies toxiques ; 10° folie morale et impulsive ; 11° idiotie, etc... Le classement a été tiré des nombreuses classifications adressées de tous les pays à la Société de Médecine mentale de Belgique.

*
**

Dans les *A. M.-P.* de 1889 (t. II, p. 269), une classification italienne de Salami-Pace dont les grands ordres sont : cérébronévroses, cérébrovésanies (délires généraux et délires partiels), cérébrovésanies dystrophiques, cérébrogénésies.

En 1892, paraît dans la nomenclature la confusion mentale primitive de Chaslin.

En 1894 (*A. M.-P.*, I, p. 62), Vigouroux publie une étude sur la « démence précoce ».

En 1895 (*A. M.-P.*, II, p. 275), G. Ilberg analyse le manuel de psychiatrie de Kræpelin et il en donne la classification basée sur la méthode clinique, l'anatomie pathologique, l'étiologie et la symptomatologie :

MALADIES CURABLES

- | | | | | | | | | |
|--------------------------------|---|--|---------------------|---|--|----------------|--|--|
| I. Les délires.. | { | fébrile.
toxique. | | | | | | |
| II. Etats d'épuisement aigu... | { | délire du collapsus.
confusion mentale.
démence aiguë. | | | | | | |
| III. Manie. | | | | | | | | |
| IV. Mélancolie... | { | simple.
avec agitation.
dépressive. | | | | | | |
| V. Wahnsinn.. | { | <table style="border: none; width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 20%;">A. Hallucinatoire..</td> <td style="vertical-align: top; width: 10%;">{</td> <td style="vertical-align: top; width: 70%;">simple.
anxieuse avec stupeur.
progressive.
labile.</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding-top: 10px;">B. Dépressive.</td> </tr> </table> | A. Hallucinatoire.. | { | simple.
anxieuse avec stupeur.
progressive.
labile. | B. Dépressive. | | |
| A. Hallucinatoire.. | { | simple.
anxieuse avec stupeur.
progressive.
labile. | | | | | | |
| B. Dépressive. | | | | | | | | |

MALADIES INCURABLES

- VI. Folies périodiques.. {
 - délirantes.
 - maniaques.
 - circulaires.
 - dépressives.
- VII. Folie systématisée. {
 - dépressive (persécution, etc...).
 - expansive (grandeur, etc...).
- VIII. Dégénérescences psychiques.. {
 - démence précoce.
 - catatonie.
 - démence paranoïde.
- IX. Neuroses générales. {
 - folie neurasthénique.
 - folie hystérique.
 - folie épileptique.

MALADIES A MARCHÉ CHRONIQUE

- X. Intoxications chroniques.. {
 - alcoolisme.
 - morphinisme.
 - cocaïnisme.
- XI. La paralysie générale.. {
 - démence.
 - dépressive.
 - expansive.
 - agitée.
- XII. Les états de démence acquise.. {
 - démence sénile.
 - démence consécutive aux maladies organiques du cerveau.
- XIII. Les anomalies du développement psychique {
 - idiotie.
 - crétinisme.
 - faiblesse intellectuelle.
 - débilité mentale.
 - folie morale.
 - folie émotive.
 - folie impulsive.
 - folie des dégénérés.
 - inversion du sens génital.

A. Cullerre analyse (A. M.-P., 1898, I, p. 504) un ouvrage de Roubinovitch : « Des variétés de la folie en France et en Allemagne ». La terminologie et les classifications diffèrent. Comparant les trois classifications de Magnan, de Krafft-Ebing et de Schüle, l'auteur montre que ces deux dernières sont une complication subtile de la doctrine héréditaire de Morel, avec une multiplicité de divisions et de subdivisions qui sentent beaucoup plus la dialectique philosophique que la méthode d'observation. Roubinovitch, en terminant, nous engage à nous défier de notre

« dégénérescence » qui finira par tout brouiller chez nous, comparable en cela à « l'invalidité cérébrale » des Allemands.

En 1899, Christian publie dans cinq numéros des *A. M.-P.* un long mémoire sur la démence précoce des jeunes gens (*A. M.-P.*, 1899, I, p. 43, etc. ; II, p. 5 et 177).

Toulouse résume à la Société Médico-psychologique (*A. M.-P.*, 1900, I, p. 438) un mémoire sur les classifications, mais la publication de ce résumé, annoncée, n'est pas faite.

Hospital (*A. M.-P.*, 1901, I, p. 416) donne une étude statistique sur l'établissement d'aliénés de Clermont-Ferrand. La classification comprend deux ordres principaux : initiaux et acquis.

En 1902 apparaissent dans la nomenclature les psychoses à base d'interprétation délirante.

En 1903 (*A. M.-P.*, I, p. 126), classification d'Angiolella, dont les trois grands ordres sont : anomalies psychiques, maladies mentales propres, dénouement des psychoses.

En 1906 (*A. M.-P.*, I, p. 243 et 402), Soutzo, à propos de la publication de la 7^e édition du traité de Kræpelin, écrit un article sur « la psychiatrie moderne et l'œuvre du P^r Kræpelin ». Il estime qu'avec les progrès de l'anatomie pathologique le champ des psychoses fonctionnelles se rétrécit. Il donne la nouvelle classification de Kræpelin.

- | | | | |
|---|---|--|--------------|
| I. La folie infectieuse .. | { | A. délires fébriles. | |
| | | B. délires infectieux. | |
| | | C. états d'affaiblissement infectieux. | |
| II. La folie par épuisement... | { | A. délire du collapsus. | |
| | | B. confusion mentale ziguë (amentia). | |
| | | C. épuisement nerveux chronique. | |
| III. Les intoxications... | { | A. les intoxications aiguës. | |
| | | B. les intoxications chroniques..... | alcoolisme. |
| | | | morphinisme. |
| | | cocaïnisme. | |
| IV. La folie thyroéogène ... | { | A. la folie myxœdémateuse. | |
| | | B. le crétinisme. | |
| V. La démence précoce... | { | formes hétérophréniques. | |
| | | formes catatoniques. | |
| | | formes paranoïdes. | |
| VI. La démence paralytique. | | | |
| VII. La folie dans les affections du cerveau (6 catégories y compris les traumatismes). | | | |
| VIII. Les psychoses de l'âge d'involution | { | A. mélancolie. | |
| | | B. délire de préjudice présénile. | |
| | | C. démence sénile. | |

- | | |
|--|---|
| IX. La folie maniaco-dépressive..... | {
A. états maniaques.
B. états mélancoliques.
C. états mixtes. |
| X. La paranoïa (Verrücktheit). | |
| XI. La folie épileptique. | |
| XII. Les névroses psychogènes..... | {
folie hystérique.
folie épileptique.
la névrose d'attente. |
| XIII. Les états pathologiques originaires..... | |
| | {
A. la nervosité.
B. l'humeur dépressive constitutionnelle.
C. l'excitation constitutionnelle.
D. la folie obsédante.
E. la folie impulsive.
F. les perversions sexuelles. |
| XIV. Les personnalités psychopathiques..... | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| XV. Les arrêts de développement psychique... | {
A. l'imbécillité.
B. l'idiotie. |

Une analyse des « bases d'une classification des maladies mentales » par Roncoroni (*A. M.-P.*, 1908, II, p. 462) nous montre que les critères étiologiques, symptomatologiques, anatomo-pathologiques sont insuffisants pour donner une base à une classification, et Roncoroni se sert en outre du critère complexe « gravité ».

Guiraud, analysant le manuel de médecine mentale de Marchand; écrit à propos des classifications : « On n'arrive à la connaissance des maladies mentales que par l'étiologie, l'anatomie pathologique, la clinique... Quand les notions sont vagues sur l'étiologie et l'anatomie pathologique, on doit se borner aux symptômes..... La doctrine de la dégénérescence mentale a permis de réunir une foule de monomanies..... Les classifications ne sont que provisoires... (*A. M.-P.*, 1912, I, p. 619).

Analysant les « Eléments de séméiologie et de clinique mentales » de Chaslin, Ant. Ritti (*A. M.-P.*, 1913, II, p. 284) écrit : « La classification comprend deux grandes catégories : 1° les troubles mentaux de cause externe ou de cause interne reconnue; 2° les troubles mentaux de cause inconnue. » Le nombre en est considérable, mais l'auteur fait observer qu'il présente, non une classification des *types cliniques*, mais des troubles mentaux, tout en reconnaissant que certains d'entre eux « ont par leur allure, leur marche et leur évolution un aspect général qui permet de les élever à la dignité de types cliniques ».

Chaslin analyse (*A. M.-P.*, 1916, p. 263) le traité de psychiatrie de Bianchi dont la classification mixte, étiologique et anatomo-pathologique se divise en trois grands ordres : psychopathies de développement ; psychoses par infections, auto-intoxications, intoxications ; maladies et syndromes avec lésions anatomo-pathologiques.

Piltz (*A. M.-P.*, 1922, p. 152) communique à la Société Médico-psychologique un essai de classification psychiatrique biologique basé sur l'hérédité.

Au point de vue nomenclature, nous signalerons l'article de Lautier (*A. M.-P.*, 1924, p. 299) : « Le démembrement de la démence précoce », en trois types (la démence précoce de Morel, la folie discordante, la confusion mentale chronique), et celui d'Halberstadt (*A. M.-P.*, 1928, II, p. 307) sur la mélancolie pré-sénile et ses variétés cliniques. Halberstadt estime que les états dépressifs doivent avoir une place à part en nosologie.

En 1930, Toulouse, Dupouy et Moine donnent une statistique de la psychopathie. Leurs pourcentages sont établis d'après la classification officielle (états n° 10) et leur classification simplifiée : folie simple et épilepsie ; folie alcoolique ; folie paralytique ; démence sénile ; idiotie et crétinisme (*A. M.-P.*, 1930, II, p. 390).

Enfin Bersot (*A. M.-P.*, 1932, II, p. 111), à la Réunion Européenne de Prophylaxie et d'Hygiène mentales, donne un projet d'unification internationale de la statistique des aliénés.

Sa classification est :

- A. Troubles congénitaux, oligophrénie ; psychopathies constitutionnelles.
- B. Psychopathies endogènes, affectives (manie, mélancolie) ; schizophrénie.
- C. Psychopathies réactionnelles, par psychogénie (hystérie).
- D. Psychopathies symptomatiques (urémie, diabète, infections).
- E. Etats organiques (paralysie générale, encéphalites, démences séniles et artériopathies, tumeurs).
- F. Epilepsie.
- G. Toxicomanies. Alcool. Morphine, etc...

Ley, Tumiaty, Sommer, Weygandt, Repond s'accordent sur le fait que cette classification doit être assez simple et générale pour pouvoir être adoptée par tous les pays, qui conserveraient leur classification particulière. Toulouse et Courtois exposent qu'aucun symptôme n'a de valeur suffisante pour permettre

d'établir un classement. Il faut séparer rigoureusement les maladies organiques de cause connue et d'autre part les psychoses : a) de causes plus ou moins connues ; b) de cause inconnue. (C'est la classification de Chaslin). Toulouse insiste sur la nécessité de se garder d'hypothèses trop précises, de classifications qui pourraient retarder l'évolution de la psychiatrie. Il vaut mieux avouer notre ignorance.



Cette étude des variations des classifications et des deux importantes discussions qui eurent les classifications pour objet en 1861 et en 1888 n'est cependant pas complète puisque nous avons intentionnellement limité nos recherches aux *Annales Médico-psychologiques*. Mais, comme le disait déjà Delasiauve en 1861, « l'appréciation des systèmes divers serait une œuvre herculéenne si on voulait les envisager dans chaque auteur ».

Nous avons voulu dans cet historique montrer, comme l'a écrit Buchez en 1860, l'incertitude de la science en matière de classification, mais aussi les progrès considérables qui se sont réalisés peu à peu dans la pathogénie des maladies mentales où l'on voit le groupe des « folies » de causes mal connues ou inconnues, des psychoses que l'on pourrait appeler essentielles, diminuer peu à peu, et parallèlement au progrès de la médecine générale.

Une impression d'ensemble se dégage clairement si nous résumons cet historique en cinq grandes époques : 1° celle d'Esquirol, celle des monomanies, celle du délire général et du délire partiel de Parchappe, où les causes morales de la folie étaient considérées comme prépondérantes et où la classification était purement symptomatique.

2° L'époque de la seconde édition du *Traité* de Morel (1860) où celui-ci proposa une classification purement étiologique qui peu à peu s'imposa par sa logique et eut une influence considérable non seulement en France, mais à l'étranger, sur Kræpelin en particulier.

3° Une troisième époque plus difficile à préciser dans le temps, celle de l'anatomie pathologique avec Voisin et Luys.

4° L'époque de Magnan est de transition, et malgré l'ardeur des débats de 1888, on peut considérer sa classification comme une conciliation entre les données théoriques de Morel et la clinique. Elle est une classification mixte, elle tient un compte aussi large que les connaissances de l'époque le permettaient, de l'étiologie, de la pathogénie, de l'anatomie pathologique, et parmi les

causes toxiques, elle a donné à l'alcoolisme la part importante qui lui revenait. Moins théorique, moins absolue que celle de Morel, elle a utilisé les données de la clinique, l'évolution des maladies, comme le demandait J. Falret, et elle a introduit dans sa nomenclature le délire chronique (comprenant à la fois les monomanies et le délire de persécution de Lasègue) et la folie des dégénérés. Elle sert même encore de base à quelques classifications actuelles.

5° Enfin l'époque où apparurent la première et surtout la seconde classification de Kræpelin (1906), classification mixte basée très largement sur l'étiologie, que l'on peut considérer, nous le répétons, comme ayant ses origines dans l'œuvre de Morel, mais où intervient l'anatomie pathologique, les symptômes, l'évolution de la maladie. Kræpelin a eu le mérite de faire la synthèse de la manie, mélancolie et folies à double forme, alterne, circulaire, etc..., sous le nom de psychose périodique, de grouper des états mal définis sous le nom de démence précoce, et les délires systématisés sous le nom de paranoïa.

Il ne rentre pas dans le cadre de cette étude de parler des nombreuses classifications actuelles. Elles sont moins théoriques que les premières, moins absolues, ce sont toutes des classifications mixtes qui la plupart ont été inspirées plus ou moins directement de la classification de Régis, et qui tiennent compte à la fois de la clinique, de la constitution, de l'étiologie et de la pathogénie, de l'anatomie pathologique, de la marche et de l'évolution de la maladie, et qui présentent entre elles des différences moins tranchées qu'à l'époque des discussions passionnées dont nous avons donné l'analyse.

MENTALITÉ PRIMITIVE ET PSYCHOPATHOLOGIE

PAR

J LÉVY-VALENSI

Par définition, eu égard aux circonstances, tout délire est absurde, s'éloignant du sillon de la vérité (*de lira*).

Parmi les délires, certains, malgré leur extravagance, ne nous étonnent point, se présentant comme manifestations d'un désarroi psychique complet : manie, mélancolie, états confusionnels ou démentiels.

Notre surprise s'accroît à mesure que le délire se systématisant se rapproche plus du raisonnement que nous avons accoutumé de considérer comme logique et permet, par ailleurs, une activité pragmatique normale.

Parmi les délires systématisés, les uns, délires de revendication et d'interprétation, usent au maximum de nos facultés discursives. Certes, le raisonnement qui leur sert de base est faux, à côté du réel (*paralogique*), mais il est un raisonnement tout de même.

Avec l'hallucination, nous sortons des processus habituels de la pensée normale, bien que, pour le P^r Claude, dans le plus grand nombre de ces cas, lésions irritatives exceptées, l'hallucination puisse être rattachée, par exagération, à des processus d'ordre physiologique : représentations mentales vives, rumination mentale, hyperendophasie, etc.

Ceci admis, le mécanisme des psychoses hallucinatoires n'est plus que l'interprétation d'une *action extérieure* (Claude), reposant sur des notions admises par tous ou par certains : téléphone, rayons X, T.S.F., avions, télépathie, etc. D'autres rappellent les délires des siècles derniers, invoquent les démons et les anges, véritables psychoses à *retardement* que Wahl a très justement nommé *délires archaïques*.

De tels délires expriment-ils une mentalité différente de la nôtre ? L'idéal religieux n'a pas disparu. La Possession demeure

un dogme de foi et, à Paris, un prêtre très distingué, qui connaît bien les psychopathes, est spécialisé dans l'exorcisme. Le spiritisme, religion moderne, concrétise les esprits, les bons et les autres. J'ai moi-même publié un grand nombre de psychoses spirites. Le délire mystique, quelque surprenant qu'il apparaisse à notre rationalisme, ne trahit donc pas une mentalité éloignée de la nôtre.

Il ne saurait en être de même dans un certain nombre de cas où les lois de la pensée, qui ne sont peut-être d'ailleurs que des habitudes (Hume) sont scandaleusement violées. Je fais allusion à un certain nombre de délires qui mériteraient d'être délimités, où, à côté d'une intelligence sensiblement inaltérée, permettant longtemps un comportement social normal, existe un délire monstrueux par la perte complète qu'il objective de toute pensée logique.

De tels sujets paraissent avoir un mécanisme de pensée, différant non seulement de celui des gens normaux, mais encore de celui des autres aîlés.

Une malade de Storch déclare qu'elle est plusieurs milliers de personnes. Et quand le médecin lui objecte que c'est inconcevable, elle répond : « Je ne l'aurais pas cru moi-même. Je sais bien que c'est inconcevable, c'est pourtant comme cela. Il vous est impossible de me comprendre parce que *j'ai de la réalité, un tout autre sentiment que vous.* »

J'ai pensé, toutes considérations de pathogénie mises à part, que l'on pouvait, conformément à l'opinion de nombreux auteurs, trouver dans la mentalité que révèlent ces délires des analogies, je ne veux pas dire plus, avec la Mentalité Primitive.



L'an dernier, le 28 mai, dans une conférence donnée à l'Asile Ste-Anne sur « Mentalité primitive et psychopathologie », j'ai exposé les belles recherches de M. Lévy-Bruhl sur la Pensée primitive. Les lecteurs de cette revue étant certainement familiarisés avec cette question, je me bornerai à en résumer brièvement les éléments principaux.

Le primitif a, du monde extérieur, les mêmes perceptions que nous, mais l'idée qu'il s'en fait est tout autre. Dès sa naissance, puis au cours des étapes souvent douloureuses de son initiation, il apprend à donner un sens spécial aux choses ambiantes. Ce sens, il l'a pris en *dedans* de lui-même, dans son *affectivité*, mûe, en vérité, par les traditions, par le folk-lore de son clan. L'objet

n'existe pour lui que par la réaction affective, par l'élément émotionnel qu'il détermine (peur, plaisir, douleur, etc...) et par les attitudes motrices : fuite, gestes défensifs, etc... qu'il conditionne. Ainsi l'Univers, pour le primitif, se peuple de forces *mystiques* qui sont en lui et qui, pendant longtemps, seront *indistinctes de lui*, la notion de la séparation du moi et du non-moi étant d'apparition plus tardive, précédant la *personnification* de ces formes, d'où l'*animisme* qui, contrairement à l'opinion de Tylor, est, d'après Lévy-Bruhl, d'apparition secondaire.

Cet univers, dont le primitif a la représentation mystique ou affective, a ses lois, mais ce sont celles de l'affectivité qui le régit, en le *sensibilisant*, c'est-à-dire l'imperméabilité à l'expérience, l'indifférence à la contradiction, l'identité de choses différentes mais de même valeur mystique ou affective, la différence des mêmes objets différents du point de vue affectif, des relations étranges entre les faits, déroutant toutes les règles naturelles admises par notre esprit, en un mot, les innombrables applications de la *loi de participation* de Lévy-Bruhl, que l'on a définie « N'importe quoi agit sur n'importe quoi. » De cette loi découle le rôle capital, pour le primitif, de la Magie, explication dans la *forme intentionnelle*, de tout ce qui, à ses yeux, est insolite. Cette logique affective, qui précède notre rationalisme, a reçu de Lévy-Bruhl le nom de *Pré-logique*.

Le monde mystique, cependant, ne cache pas le monde réel au primitif, qui se comporte le plus souvent, pour les actes essentiels de la vie, comme un homme de notre temps ; mais cette partie de son univers, qu'il est obligé, pour vivre, de *rationaliser*, l'intéresse bien peu en regard du monde *sensible* dans lequel il évolue.



Les doctrines médicales que nous allons maintenant envisager ont pour base l'œuvre de Darwin et, dans l'ordre psychologique, le principe de la *régression*, généralement mieux connu dans son application à la Criminologie avec l'école lombrosienne.

Elles envisagent certains psychopathes comme des sujets en état de *régression* ; c'est en somme une façon de comprendre la Dégénérescence de Morel et surtout de Magnan. Le psychopathe ayant perdu ou n'ayant jamais acquis les fonctions normales supérieures caractéristiques de l'homme civilisé est réduit à un *reliquat atavique*, héritage de l'homme primitif.

Trois groupes morbides ont été successivement envisagés par les auteurs :

A. La *paranoïa* avec Tanzi et l'Ecole Italienne.

B. La *schizophrénie* avec les Allemands Schilder, Storch, Wilman, Langellüdeke (1), etc...

C. La psycho-névrose obsessionnelle avec les psychanalystes : Jung, Freud.

*
**

C'est incontestablement à Tanzi (2), décédé en janvier dernier, que revient l'honneur d'avoir créé cette originale théorie. Tanzi ne traite que de la *paranoïa*, mais lorsque, écrit l'éminent psychiatre italien (1884-1890), la *schizophrénie* n'est pas encore née et la *paranoïa* englobe un certain nombre de types cliniques que Bleuler incorporera plus tard dans son entreprise nosologique ; de même, la *paranoïa* de Tanzi absorbera, épisodiquement du moins, certaines variétés de la psychose obsessionnelle. Enfin, comme on le verra, dès 1890, dans ses conclusions, Tanzi devance certaines opinions de l'école de Freud.

Le nom de Tanzi mérite donc bien d'être mis en tête de toute étude sur les rapports de la psychopathologie avec la mentalité primitive ; quelques auteurs ont négligé de le faire, manquant en même temps de mémoire et de reconnaissance.

Pour réparer cette omission et rendre justice au grand psychiatre italien disparu, je vais m'étendre longuement sur son œuvre suivant d'assez près le texte original. Mon exposé, que l'on m'en excuse, sera souvent une traduction où j'espère ne pas trahir trop mon auteur.

« La *parancïa*, écrivent en 1884 Tanzi et Riva, est une psychose fonctionnelle de nature dégénérative caractérisée par une dérivation des fonctions intellectuelles les plus élevées, n'impliquant pas une grande déchéance, mais un désordre général qui s'accompagne presque toujours d'hallucinations et d'idées délirantes permanentes plus ou moins coordonnées en système, mais indépendantes de quelque cause occasionnelle vérifiable et de quelque condition morbide émotive, d'une évolution ni toujours uniforme, ni continue, mais essentiellement chronique et qui en général ne tend pas vers la démence.

Les auteurs, dans leur premier travail, font entrer la *paranoïa* dans la *dégénérescence*, donnant à ce terme l'acception darwinienne.

(1) Ce dernier n'a fait qu'une étude critique.

(2) La documentation italienne de cette étude m'a été facilitée grâce à l'extrême amabilité des professeurs Castiglioni (Padoue), Ernesto Lugaro (Turin), Mario Zalla (Florence), qu'ils soient ici cordialement remerciés.

Ils opposent à la mélancolie, à la manie, à la stupidité qui sont représentées plus ou moins atténuées par la tristesse, la joie, la fatigue physiologique, les manifestations de la paranoïa tout à fait étranges, hors du normal.

La croyance aveugle du paranoïaque à ses idées délirantes rappelle la croyance ingénue du sauvage à l'action des esprits : (Animisme) (1). Ces actes délirants ne découlent pas logiquement des opinions reçues des dernières générations, mais des générations éloignées. Ces notions sont anachroniques. « Le paranoïaque, écriront plus tard Tanzi et Lugaro, est un anachronisme vivant ».

Le *délire de persécution*, le plus fréquent chez les paranoïaques, est une preuve d'infériorité. L'homme normal pense à l'attaque, non à la défense, il a plus besoin de conquête que de conservation. Cet instinct de conservation au maximum chez les quérulants les met dans l'incapacité de s'élever à la notion supérieure du droit des autres, de l'humanité. Autre infériorité, la prédominance des éléments *sexuels* dans les délires.

Enfin, le *symbolisme* est, lui aussi, un signe d'atavisme. Les auteurs opposent, des paranoïaques ; les arabesques compliquées, les figures allégoriques, les gestes cabalistiques, l'interprétation fantastique des faits naturels, les jeux de mots, les néologismes, les langues forgées à l'écriture cunéiforme, aux hiéroglyphes (écriture symbolique) aux amulettes, symboles des âmes des morts, à la personnification des phénomènes naturels, à l'évocation des morts, à l'alchimie médiévale, à la magie arabe, aux cérémonies antiques, etc..., les deux séries émanant de conditions psychologiques communes.

Dans son travail de 1889-1890 sur les Néologismes « comme dans son Etude sur Folk-Lore et Pathologie mentale » et dans son traité avec E. Lugaro, Tanzi exprime la doctrine que je vais résumer en passant en revue avec lui les différents délires et symptômes divers chez les paranoïaques.

a) *Délire de persécution*. — Le paranoïaque a inventé les persécuteurs pour expliquer tout ce qui lui arrive. Selon l'heureuse expression appliquée au primitif par Tylor, il croit que *chaque chose est quelqu'un*. Tout fait est un acte *intentionnel*. De même, le primitif ne croit pas au hasard, mais reconnaît partout une *intention*. Un rocher vient d'écraser un homme. Le fait n'est pas nié, mais la relation de cause à effet n'intéresse pas le primitif,

(1) Ce travail antérieur aux publications de Lévy-Brühl est écrit sous l'influence des théories de Tylor sur l'animisme.

— ce qu'il recherche c'est l'intention qui a fait choir le rocher sur l'homme : le maléfice.

Le primitif vit dans une atmosphère de terreur ; il a objectivé son affectivité troublée par l'insolite, hors de lui, dans l'ambiance qu'il a *sensibilisée* alors que le moderne s'efforce de l'*intellectualiser*.

b) *Délire d'empoisonnement*. — Ce persécuté, craignant de trouver des substances nocives dans ses aliments, refuse toute nourriture qu'il n'a pas lui-même préparée. Cette crainte le conduit à certains actes ridicules et contradictoires.

Dans le Friesland, quelques individus ont le pouvoir de rendre les aliments dangereux.

L'Egyptien prépare lui-même ses aliments dans la crainte du mauvais œil. Certains primitifs, quand ils mangent en face d'un étranger, ont l'habitude de se mettre du beurre sur les yeux et de l'eau sur le visage pour éviter l'empoisonnement de la nourriture. L'Abyssin ferme sa porte et allume du feu chaque fois qu'il se met à table.

Mêmes pratiques aux Nouvelles Hébrides, chez les Esquimaux, Indiens, Nègres, Africains, etc... La mythologie nordique abonde en faits analogues.

c) *Délire religieux*. — Peu de sentiments sont aussi fortement ancrés chez l'homme que l'attrait de l'inconnu et du transcendantal. En Russie, des sectes religieuses nombreuses se développent, qui font d'innombrables adeptes, ainsi le Raskol. Cette secte représente la lutte d'un peuple primitif contre une civilisation d'origine étrangère pour laquelle il n'est pas encore mûr. On rencontre chez ces fanatiques, la claustration, l'isolement, la fugue au désert, l'homicide, le suicide, la mort par la faim, le baptême du feu, le baptême du sang, le sacrifice de victimes volontaires, le sacrifice des enfants par les parents, cela dans les classes les plus élevées de la société et non parmi les humbles et simples d'esprit.

Chez certains sectaires, d'autres éléments subsistent encore, que nous retrouverons chez les paranoïaques. Le mutisme obstiné de nos malades est la règle dominante de la secte des silencieux qui vit en Bessarabie, dans le Bas-Volga et en Sibérie. Ces sujets acceptent de se laisser déporter plutôt que de consentir à parler.

Délire ambitieux. — Il y a peu de paranoïaques qui soient exempts d'une ambition morbide et plus particulièrement les *mattoïdes*, écrivains ou sectaires.

Les sauvages ont considéré quelquefois les Européens comme des dieux, mais plus souvent comme des démons, et ils conser-

vent le sentiment d'une supériorité sur eux. En 1744, les Iroquois offrirent au Gouverneur de la Virginie de donner une éducation indienne à quelques jeunes gens qu'ils daignaient accepter d'instruire.

Les noms que se donnent les membres de certains clans indiquent qu'ils se considèrent comme des surhommes.

Délire érotique. — C'est une forme particulière du délire ambieux. Il intervient fréquemment au cours des délires paranoïaques, du moins chez les jeunes. Ce délire peut être platonique ou sexuel.

« Chaste, fat, sentimental, crédule, sans aucune initiative pour conquérir même platoniquement l'amour de la personne aimée, cette personne, il ne la connaît même pas et ne lui a jamais parlé, princesse inaccessible ou vieille mégère, finalement quel que soit l'objet de son tiède désir, il lui suffit pour se croire aimé de signes extérieurs insignifiants et ridicules qui semblent accidentels aux gens raisonnables. »

Cette *paranoïa azurée* se caractérise par un manque de passion et de sérieux associée à une affectation de sensibilité et d'énergie.

On ne peut s'empêcher d'évoquer ici les Chevaliers servants, la gaye science, les cours d'amour, le Chevalier qui renonce à la possession de sa Dame, à qui il jure dévouement et fidélité.

D'après Tanzi, c'est là une tendance générale de l'esprit humain et non le reflet de la littérature naissante du Moyen Age. L'homme cherche dans l'amour, comme en Dieu, l'apaisement de sa misère, d'où la fréquente association de l'Erotisme et du Mysticisme. On trouve l'amour platonique chez les Hébreux, Egyptiens, Indiens, Grecs, Persans, Germains du Nord, dont il a inspiré les légendes.

Perdant toute sentimentalité pour prendre un aspect cynique, le délire peut aussi faire intervenir le coït et le phallus. Le culte du phallus existe en Nouvelle-Guinée, chez les Papous, Arabes, Indiens, etc...

La légende germanique de la Walkyrie associe le Mysticisme à l'amour charnel. Faut-il rappeler les épidémies de possession : les possédées de Loudun, les convulsionnaires, etc... (1).

Le délire des incubes et des sucubes a son équivalent aux Antilles et en Nouvelle-Zélande (Tylor) (mystérieux séducteurs, sirènes, etc...).

(1) LÉVY-VALENSI. — Urbain Grandier et les Possédées de Loudun. *Sem. des Hôp. de Paris*, 15 oct. 1933 ; Les Convulsionnaires de Saint-Médard. Paratira dans *Sem. des Hôp.*, 15 octobre, 1934.

f) *Délire hypocondriaque*. — Simple variété de délire de persécution : c'est l'interprétation mystique et transcendente de paresthésies ou de sensations douloureuses qui peuvent être réelles.

Chez les Cafres, le bâillement, l'éternuement correspondent à l'entrée d'esprits par les orifices buccal et nasal et si ce dernier incident est signe de bon augure, le premier est d'un mauvais présage. Une tribu aborigène du Bengale croit que toutes les maladies des hommes et des animaux sont dues à un esprit mauvais ou à l'action d'un sorcier.

Les peaux-rouges portent au cou un sac de médicaments, comme nos aïeux portaient des boucles d'oreilles pour se garantir des maux d'yeux. Les mêmes idées se retrouvent dans de nombreux pays.

En dehors de ces délires, on rencontre dans la paranoïa un certain nombre de symptômes qui ne lui sont pas propres d'ailleurs et qui ont aussi leurs équivalents chez le Primitif.

a) *Logolatrie*. — « Le délirant chronique a comme le formaliste scolastique le culte du mot. Le néologisme du paranoïaque n'est qu'une cérémonie de ce culte, à qui convient le nom de *logolatrie*. »

« Aux yeux du logolâtre, qu'il soit fol ou sain, la parole a quelque chose de divin, où le mystique trouve mille sens mystérieux, générateurs d'une science infinie pour qui sait en pénétrer le sens. »

D'après Origène, la parole a une force magique. Dans le nom de Dieu est contenue syllabe par syllabe toute la vérité universelle. Tertullien, saint Chrysostome, déclarent que le Verbe doit être cru en dehors même de son sens. Pour les Brahmanes, Dieu est un mot inarticulé et, le prononcer, c'est effleurer le mystère qui doit demeurer caché.

Les enfants, par plaisir, prononcent des mots vides de sens. De même, les peuples enfants parlent pour le plaisir de parler, d'où la création de synonymes inutiles. Les Australiens qui manquent d'expressions pour les choses les plus élémentaires ont une langue pléthorique, abondante en synonymes. Dans certaine tribu américaine, le frère est indiqué différemment par le frère et par la sœur ; le frère aîné emploie une expression spéciale pour indiquer son cadet. Chez les Caraïbes, les parents sont appelés *baba* et *bibi* par leurs enfants, mais quand il s'agit de les désigner, le fils nomme le père *youmaan*, la mère *ichanum*, la fille désigne le père par *nouckouchili*, la mère par *nouhôchour*. Les

Zingari et les Mahométans avalent des textes pour guérir leurs maladies, le Noferkephtals copie des phrases du livre magique et les absorbe avec de l'eau.

Dans quelques tribus de l'Amérique du Sud, les nobles dédaignent le langage du vulgaire et y ajoutent préfixes et suffixes qui en altèrent l'aspect, ainsi font actuellement par jeu les enfants, — et par utilitarisme les usagers de l'argot.

Les Incas, Péruviens et Polynésiens ont un langage sacré qui diffère de la langue usuelle. Chez les Caraïbes, hommes et femmes n'emploient pas les mêmes termes.

Il y aurait fort à dire sur les relations des mots et des langues forgés des primitifs, du paranoïaque et du paranoïde. Cette difficile question faisant actuellement l'objet des études du P^r Georges Dumas, je m'abstiendrai de l'effleurer.

Tous les paranoïaques qui se parent de titres glorieux et de noms d'emprunt n'obéissent pas à la seule vanité. Dans les délires héraldiques, il y a plus que de la vanité, une vénération pour le symbole ; de même, le blason qui aujourd'hui n'est envié et respecté que comme indice de richesse ou d'influence sociale était autrefois vénéré pour lui-même.

Le totem, le fétiche, les armoiries sont les degrés d'une même échelle.

Le Cafre, comme le paranoïaque, change souvent de noms et a soin de les choisir de telle sorte qu'il en augmente sa valeur.

D'autres donnent un surnom à la Divinité ou la désignent par une périphrase.

Chez certains, la fillette change de nom lorsqu'elle devient pubère. Ailleurs, les hommes, dès leur mort, sont désignés par un autre vocable.

Chez les Kalmuks, quand on veut nommer un nouveau-né, le père choisit le nom du premier animal qu'il rencontre ou la première parole qu'il entend. En ce nom réside une vertu surnaturelle qui se communique à l'enfant.

b) Le Nombre. — Certains nombres ont une valeur mystique. Pour les Egyptiens, 365 conjure le démon ; 666, d'après l'Apocalypse, est le nombre par excellence. Les nombres sacrés des Hébreux sont 12 et 13. Les Walkyries sont toujours 3.6.9. ou 13, etc.

Or, les néologismes des paranoïaques, comme l'a montré Tanzi, empruntent souvent aux nombres leur pouvoir magique.

c) Enigmes, conjurations, magie. — Toutes ces pratiques sont, en somme, ce qui représente l'élément religieux du primitif, on les retrouve plus ou moins déformées au cours du développe-

ment des religions. La symbolisation y est au maximum. On la rencontre dans le langage néologique, les écrits, les dessins, les actes des paranoïdes.

d) *Nomadisme*. — Le paranoïaque est le vagabond né ; il est le plus habituellement interné loin du lieu de sa naissance. Le moujik, le zingara, comme le paranoïaque, a la soif de l'espace et ne saurait se soumettre au cadre étroit de la civilisation.

e) *Episodes intercurrents*. — Tanzi étudie sous ce nom certaines manifestations de type maniaco-dépressif pouvant épisodiquement survenir chez le paranoïaque.

Chez les Indo-Américains, des crises d'agitation frénétique vraiment maniaques se manifestent à l'occasion des jeux pacifiques comme des luttes guerrières. A ces crises succèdent des périodes d'inertie, d'apathie, de somnolence.

Waitz a pu écrire : « Les sauvages ressemblent aux types mélancoliques et nerveux. » L'agitation, vraie ou simulée, chez le nègre africain, est considérée comme énergie morale et perfection ; elle augmente son autorité.

f) *Dédoublement de la personnalité*. — C'est une idée commune chez les sauvages.

Le moi qui veille est différent du moi qui rêve. La mort ne supprime qu'une personnalité. La personnalité qui survit continue à boire et à manger dans la tombe. On lui fournit des aliments.

L'idée de dédoublement vient sans doute de la constatation de l'ombre qui n'abandonne pas le corps. L'ombre vaut le corps. Aux îles Fidji, c'est une offense de marcher sur l'ombre de quelqu'un. Le Chinois, lorsque l'on ferme un cercueil, craint que l'on y enferme son ombre.

Dans le Dakota (Amérique), l'âme après la mort se divise en quatre parties : l'une demeure errante sur la terre, l'autre dans l'air, une troisième s'envole au royaume des esprits, une quatrième reste près du cadavre. Ces quatre âmes sont susceptibles de se dissocier chez le vivant.

Le rêve vaut la réalité. Ce qui a été rêvé est considéré comme réalisé ou réalisable. Tanzi cite chez ses paranoïaques plusieurs cas de dédoublement de la personnalité.

g) *Hallucinations*. — 80 % des paranoïaques sont des hallucinés. Le sauvage l'est à l'état normal. Les Zoulous voient des serpents aux yeux féroces, des léopards prêts à bondir sur eux, des ennemis armés de lances, etc...

Le Groenlandais en état d'extase mystique voit défiler devant

ses yeux une série de figures humaines et animales qu'il attribue à des esprits. Les médecin-men de certaines tribus américaines voient la bouche et touchent les écailles des serpents, cause déterminante pour eux du zona.

L'Esquimau qui veut devenir mage, s'isole, jeûne jusqu'à ce qu'un esprit de la nature veuille bien se faire son génie familier ; alors il voit et entend l'être fantastique qu'il tient pour réel, et devient le devin, le médecin, le prêtre de son clan.

Les peaux-rouges ont aussi des cérémonies hallucinantes. Une hallucination collective, au Paraguay, permet de voir des hommes transformés en tigres, etc., etc.

L'hallucination auditive se rencontre chez des nègres solitaires qui ont de véritables soliloques.

L'enfant, proche des primitifs est, on le sait, facilement halluciné.

Afin de faire mieux saisir les *Conclusions* auxquelles arrive Tanzi, je crois devoir les traduire presque complètement.

Dans deux écrits peu connus et plutôt succincts de Théodore Meynert, ce biologiste exprime l'opinion suivante : l'idée délirante est déjà préformée à l'état d'élément inconscient dans tout cerveau normal. Les fonctions mentales supérieures l'inhibent, ne la laissant apparaître dans la conscience qu'épisodiquement.

Pour que l'idée délirante acquière la force et l'hégémonie suffisantes pour s'imposer à la conscience est nécessaire l'action dévastatrice d'une maladie mentale.

Cette dernière peut déterminer une double série d'actions : 1° interrompre les associations normales ; 2° faciliter l'apparition des images enfouies dans l'inconscient. L'auteur compare ce phénomène à l'apparition de la contracture pyramidale par suppression du frein cérébral, et à l'hypertonie résultant dans un muscle de la paralysie du muscle antagoniste.

Cette théorie, ajoute Tanzi, plus intuitive que démonstrative, ne fait pas sa preuve. Cette preuve lui est apportée par la *démopsychologie*.

L'idée délirante est l'idée normale du sauvage ; mais la pensée humaine est dans une incessante progression.

Comme le dit Sergi, l'évolution de l'individu comme celle de l'espèce peut être représentée par une série de stratifications qui non seulement augmentent, mais encore transforment l'activité psychique, les vieilles couches s'atrophiant en même temps que s'édifient les nouvelles. Les premières peuvent se manifester ou se transmettre héréditairement, mais seulement à l'état sub-

conscient. Une cause perturbatrice peut rompre cet équilibre de l'idéation et faire revivre l'*idée délirante*, assoupie dans une vie latente, alors qu'elle prédominait lorsqu'elle régnait solitaire dans l'esprit vierge du primitif. Nous avons alors le délire au sens clinique du mot, qui peut se définir : « la réapparition sous forme consciente et quasi spastique d'une superstition subconsciente dans un cerveau développé. »

Cette réapparition peut s'effectuer selon deux modalités :

- a) *directement* par excès de fonction ;
- b) *indirectement* par défaut d'inhibition.

Dans le premier cas, c'est la dégénérescence (paranoïaque). Dans le second cas, maladies aiguës ou leurs séquelles, on a affaire à un délire systématisé ressemblant au délire paranoïaque. Les fonctions supérieures détruites ont fait place aux fonctions inférieures, « quand les chats n'y sont plus, les rats dansent ». (Itopi ballano per l'assenza del gatto).

Donc :

1° Le délire est déterminé par l'apparition et l'hégémonie d'*images* et de *tendances* qui se résument dans la superstition.

2° Images et tendances semblables se retrouvent comme manifestations de l'intelligence de l'homme primitif ; elles existent, mais faibles et latentes chez l'homme civilisé.

3° Chez l'homme normal et développé, la lutte entre les idées anciennes et les nouvelles aboutit au triomphe des dernières.

4° La genèse du délire, quel qu'il soit, consiste dans la victoire des tendances superstitieuses qui occupent le premier plan, mais le type de la constitution intellectuelle de l'homme primitif apparaît ici déformé, véritable *caricature* qui porte dans sa difformité la marque de son origine morbide.

5° La suprématie de la tendance superstitieuse s'effectue chez les paranoïaques par une prévalence congénitale de son développement ; chez le non-dégénéré par une paralysie accidentelle des fonctions supérieures.

« Les idées que nous envisageons sont pour le primitif le petit trésor d'une grande misère, ce qu'il y a de mieux dans son cerveau, le fruit et la fleur de son intelligence ; pour le civilisé, c'est une vieille ferraille de la conscience, une reviviscence mnémonique prête à sombrer dans l'inconscient, chez le paranoïaque la réminiscence d'une fonction évanouie qui renaît de sa ruine, un vaincu qui se relève ; dans la folie non dégénérative, c'est le misérable reste d'un désastre, le peu et le pire que la maladie a respecté. »

« En somme, le préjugé mystique existe dans tous les cerveaux : seigneur, esclave, rebelle, survivant, il fait partie de toutes les idéations.

« Chez le primitif il domine, chez le normal il est à l'état léthargique, réapparaissant dans la tendance poétique et comme un jeu accessoire de la pensée ; chez le fou, il domine encore une fois.

« De la bestialité à la raison, de la raison au délire, et d'un délire à un autre, toutes proportions gardées, de tels liens démontrent l'universalité et la nécessité des lois psychologiques. »

*
**

Les recherches des Allemands, Schilder, Storch, Wilmann, etc. sur les analogies de la Mentalité Primitive et de la Schizophrénie mériteraient un développement plus important. Je ne puis aujourd'hui qu'en rappeler les traits principaux (1).

Ces auteurs insistent particulièrement sur l'indistinction dans les deux cas, du moi et du non-moi, du sujet et de l'ambiance.

« Le sauvage, écrit Lang, ne tire pas de ligne de démarcation entre lui et les autres choses qui existent en ce monde. »

Le primitif, comme l'enfant, a passé par une phase d'indistinction.

« Là où les âmes et les esprits ne sont pas encore individualisés, la conscience individuelle de chaque membre du groupe demeure étroitement solidaire de la conscience collective. Elle ne s'en dégage pas nettement, elle ne s'y oppose pas tout en s'y unissant ; ce qui domine en elle c'est le sentiment continu de la participation. Plus tard seulement, quand l'individu humain prend une conscience claire de lui-même en tant qu'individu, quand il se distingue formellement du groupe auquel il se sent appartenir, alors les êtres et les objets extérieurs commencent aussi à lui apparaître comme pourvus d'âmes ou d'esprits individuels, durant cette vie et après la mort. » (Lévy-Brühl).

C'est cette période subjective d'introspection (Ferenczi) préanimiste (Marrett), où l'homme se confond avec l'ambiance qui a permis les comparaisons souvent audacieuses des auteurs allemands et, en un sens, ce que Storch a nommé *identification cosmique*.

Je cite, sans commentaires, les faits relevés chez quelques ma-

(1) Voir l'excellente thèse faite par M. Bursztyn sur mes conseils, « Schizophrénie et Mentalité primitive. Valeur comparative ». Paraîtra en 1934.
étude

iades par les auteurs pré-cités : l'un d'eux fait des mouvements dans son lit qui dirigent la roue du monde. Un autre, par des modifications de la position de sa tête, redresse l'axe du monde et un autre soulève son lit pour rapprocher la terre du ciel.

Pour les mêmes auteurs, cette fusion du moi et de l'objet explique également les hallucinations, le sujet projetant en dehors ses sensations, et certains délires de dépersonnalisation ou délires métaboliques. Le Bororo ne s'identifie-t-il pas avec son totem, le perroquet ?

La loi de participation qui domine la mentalité-primitive trouve son application dans un certain nombre de faits scandaleux eu égard aux lois psychologiques et qui rapprochent le schizophrène du primitif.

a) *Actions à distance.* — En Indo-Chine, quand les Laotiens sont à la chasse, leurs femmes doivent éviter de se couper les cheveux, de s'oindre d'huile, de sortir de la case le pilon ou le mortier. Chaque violation de cette règle serait, pour le chasseur, la cause d'un accident particulier.

Un malade éprouve les maux que souffre son ami. Il est délivré par sa mort. « J'ai mal à votre poitrine », écrivait Mme de Sévigné à Mme de Grignan.

Une schizophrène est épuisée par les travaux auxquels se livrent les cultivateurs. Elle se sent angoissée par l'état d'un enfant anxieux.

b) *Identité de l'image et du réel.* — Un peintre reconnaît son œuvre dans un cheval qui galope dans la rue.

Un Mandan de l'Amérique du Nord déclare que si cette année les bisons font défaut, c'est parce que Catlin en a peint un grand nombre et les a emportés à Londres.

Un malade croit à la réalité d'une maison qu'il aperçoit dans un miroir.

Une schizophrène prétend que le médecin qui prend son observation lui vole sa pensée : « Je serai réduite à tout apprendre comme un enfant. »

c) *Action du contact.* — Certains primitifs évitent le contact avec le chef qui est tabou : un tel contact pourrait les métamorphoser.

Strindberg, dont l'auto-observation est relatée par Storch, lorsqu'il se regarde dans la glace, y voit les traits des personnes avec qui il a passé la nuit.

d) *Le principe vital.* — Pour le primitif, tout est dirigé par une force occulte. Mana (Mélanésien), Wong (nègres de la Côte-d'Or),

Orenda (Iroquois) ou Wakan (Américains du Nord), Wakanda (Sioux), etc.

Cette force est particulièrement localisée chez l'homme, dans la graisse des reins. Si un sorcier lui retire cette graisse, le sujet dépérit.

Un malade de Schilder croit qu'en prononçant quelques mots il ravit la force d'un autre.

Un sujet de Storch pense que la force tient dans les cheveux (notion archaïque : Samson).

Une jeune fille met tout le principe de vie dans la couleur. La regarder, c'est lui retirer la couleur de ses yeux. La couleur donne la force, la pensée ; la couleur brune met à l'abri du froid, etc.

e) *Concrétisation des idées et des sentiments.* — Ce phénomène correspond en somme à tout ce que nous savons de la projection de l'affectivité du primitif sur l'ambiance, de l'objectivation, plus tard de la personnalisation de ses sentiments.

Strindberg sent comme une sensation gustative la haine de sa femme.

Un malade de Schilder se représente sa théorie scientifique comme un bâtiment noir imprégné de lumière rouge.

Un malade de Storch voit sa volonté comme une étincelle, sa pensée petite comme une puce, le cheminement de sa pensée comme le déroulement d'un fil.

f) *Le rêve vaut la réalité.* — Pour les Primitifs, le rêve est une réalité ; il révèle un fait réel ou le présage. Si un sauvage rêve qu'on a tué sa sœur, il va tuer le meurtrier ainsi dénoncé. Si la victime supposée est en bonne santé, il justifie son meurtre comme un acte prophylactique.

Le schizophrène est avant tout un *rêveur*. Son *autisme* n'est qu'un rêve plus ou moins riche selon la richesse de son psychisme. Le schizophrène croit à la réalité de ses conceptions oniriques et agit souvent en accord avec elles, d'où des actes qui déconcertent.

Selon Jung, si l'homme qui rêve agissait son rêve, il se comporterait comme un dément précoce.

g) *Vouloir c'est pouvoir.* — Le primitif a foi en l'action magique. Le sorcier pour lui est tout-puissant.

Strindberg croit pouvoir, par la pensée, arriver à défendre sa femme.

h) *Objectivation des pensées et des mots.* — Pour le primitif, le mot n'exprime pas seulement la pensée, il a une valeur propre.

Un malade chasse de sa cellule à grands mouvements de main les pensées et les mots de la malade qui l'a précédée.

Une autre s'entoure la tête d'un manchon pour éviter la pénétration d'idées étrangères. Strindberg a une attitude analogue.

i) *Symbolisation*. — Elle apparaît lorsque l'individu commence à s'isoler de l'ambiance. La participation moins intime se traduira par le symbole qui en est la forme atténuée. Le symbole, lui, précède la religion. D'après Max Müller, la Religion ne serait que l'adoption comme réalité du symbole réduit au mot, par oubli de sa signification primitive.

Le symbolisme joue un tel rôle dans la schizophrénie, selon la doctrine freudienne, qu'il est inutile d'insister sur sa valeur comparative. J'en ai d'ailleurs cité des exemples avec la concrétisation des idées et des sentiments.

j) *Valeur de la puissance sexuelle*. — Elle est démontrée par les cultes phalliques des plus lointaines civilisations, par l'importance de l'initiation chez le primitif. Avant cette cérémonie, souvent douloureuse, le sujet est considéré comme un enfant, sinon comme une femme, dont il porte d'ailleurs les vêtements.

Un schizophrène de 30 ans n'a plus de rapports sexuels, il déclare qu'il est un enfant puis une femme.

Les Brahmanes invoquent le sperme, principe de vie. Ils sacrifient un âne puis mangent ses organes génitaux.

Un schizoïde a une telle peur de perdre sa puissance sexuelle qu'il avale son sperme.

k) *Coprophagie*. — Quelques primitifs avalent des matières fécales et de l'urine afin d'augmenter leur croissance, ces matières renfermant du soleil.

Les Menicans mangent des matières fécales au cours de certaines cérémonies ; en absorber en d'autres circonstances est un crime.

Une schizophrène déclare qu'elle avale des matières pour prouver sa culpabilité (?).

l) *Résurrection*. — Le Brahmane, lors de son initiation, demeure dans un état de stupeur voisin de la mort. Il a été pendant ce temps porté trois jours dans le corps de son Maître, puis a ressuscité.

Un malade de Storch déclare qu'après sa mort il a ressuscité en Christ et est devenu immortel.

Les syndromes fondamentaux de la démence précoce sont ainsi expliqués :

a) *Catatonie*. — Rappelle l'attitude des prêtres de Bouddha et leur mépris du monde.

b) *Stéréotypies, maniérisme*. — Evoquent certains mots et gestes stéréotypés conjuratoires.

c) *Echopraxie*. — Se voit dans le *latah* des Malais, le *Miryachit* des Sibériens.

Comme l'*écholalie* et l'*échographie*, elle n'est qu'un élément de l'imitation automatique propre au primitif comme à l'enfant.

d) *Négativisme*. — C'est l'exagération d'un processus normal de l'attitude par contraste (Weygant, Séglas). Bleuler en a montré la fréquence chez l'enfant.

e) *Ambivalence*. — Nous allons la retrouver au paragraphe suivant.

Les analogies évidentes entre le primitif et le schizophrène tiennent à l'existence chez tous deux d'une logique affective, les différences comme l'a bien montré Bursztyń dans sa thèse, au contact nécessaire du premier avec le réel, à l'absence de contact chez l'autre. Le primitif mis en face de la civilisation s'y adapte, le schizophrène s'évade de cette civilisation où il est né et a vécu. Le primitif tend vers la rationalisation, le schizophrène se réfugie dans sa logique affective.



Tandis que l'école psychanalytique de Zurich s'efforce d'éclairer les psycho-névroses par la mentalité primitive, Freud au contraire, veut, par une sorte de pétition de principe, fournir l'explication psychanalytique de cette mentalité.

Il prend pour base de son étude la *psychose obsessionnelle*. Voici, en quelques mots, les éléments de sa doctrine :

Le complexe d'Œdipe, pivot de la psychonévrose, est un rappel de l'*exogamie*, qui interdit le mariage entre individus du même clan. L'exogamie pourrait être elle-même une conséquence de l'époque où les hommes vivaient en horde, un mâle groupant plusieurs femelles. Les enfants mâles chassés par le père jaloux ont un jour tué puis dévoré ce dernier afin de prendre les femmes. Plus tard, pris de repentir (?), ils adoptent pour totem un animal (ce qui en langage freudien veut dire père). Le totem est *tabou*, on ne doit pas s'en nourrir, sauf au cours du repas rituel, où l'on reprend de la vitalité en l'absorbant. La femme du même clan, cause indirecte du crime atavique, est ainsi devenue *tabou* par châtement.

Le *tabou* est le type de l'*ambivalence*. Le mot, comme le *sacer*

latin, veut dire en même temps sacré et impur, vénérable et inquiétant, etc..., tous les tabous sont ambivalents. Ils trahissent une intention et une défense. Les chefs que l'on envie, les ennemis tués dont on craint la vengeance posthume et dont on honore les cadavres, les morts, les enfants, les femmes à certaines périodes sont tabous. Dans chaque tabou, il y a donc un désir et une prohibition (*ambivalence*). Mais si demeure la prohibition, le souvenir du désir est évanoui.

De même, dans la *psychonévrose obsessionnelle* étudiée par Freud, soit le *délire du toucher*. Un malade a la phobie de toucher un objet déterminé, mais il ne sait pourquoi. Le psychanalyste arrive à découvrir que l'enfant a refoulé le désir de toucher son organe génital. La Censure a transféré au sein de l'inconscient le désir dans l'objet prohibé, mais seule la prohibition apparaît dans la conscience.

Ce transfert se retrouve d'ailleurs dans le tabou. Un chef Maori ne souffle pas sur la flamme d'un foyer car il transmettrait le tabou à la flamme puis à l'aliment qu'elle cuit, enfin au sujet qui ingèrera l'aliment.

La *Psychonévrose obsessionnelle*, dit Freud, mériterait de s'appeler la *maladie des tabous*. Elle est le retour de l'homme à un stade infantile calqué sur un stade infantile de l'humanité.



J'ai, aussi fidèlement que possible, rapporté les opinions des auteurs, ce qui ne signifie aucunement que je partage ces opinions.

Tant que l'on se borne à parler d'analogies, le plus incrédule est obligé de s'incliner..., quelquefois, car, sans qu'il soit nécessaire de le souligner, ces analogies sont souvent, pardonnez-moi l'expression, tirées par les cheveux ; mais ces analogies étant admises, peut-on aller plus loin ?

Quand les auteurs nous parlent de *tendances* transmises par hérédité, on peut faire quelques pas plus avant avec eux. Mais ici faut-il encore s'entendre. Le cerveau humain est *un*, ses facultés discursives sont tardives, chez l'enfant, comme chez le primitif auquel on peut, sans s'aventurer trop, le comparer. Ces tendances sont en grande partie instinctives et, comme le primitif, l'enfant est préoccupé surtout de sa conservation et, peut-être de son instinct sexuel si l'on accepte la doctrine psychanalytique. Au cours du développement, chez le civilisé, les fonctions psychiques supérieures vont dissimuler les instincts ; mais, entre la vie instinctive pure et la vie intellectuelle, se place une période où l'enfant use des modalités de pensée du primitif. Ces moda-

lités, il ne les a pas plus *héritées* du primitif qu'il n'en a hérité les instincts. J'entends par là qu'il ne s'agit pas de tendances *acquises* à un moment donné et transmises de génération à génération. C'est une richesse dévolue à tout homme normal, qui fait partie de la notion d'humanité et n'est pas une aubaine survenue un moment donné et transmise de père en fils.

Si l'homme naissait par génération spontanée avec un cerveau normal, il manifesterait probablement toutes les tendances des primitifs comme l'enfant né suivant les lois de l'espèce.

Quant à la transmission d'images et de symboles tout prêts, base surtout de la doctrine des auteurs de langue allemande inféodés au freudisme, je ne veux pas la discuter, étant, je m'en excuse, réfractaire à certaines exagérations de cette doctrine.

Certes, on trouve chez certains sujets, les normaux comme les pathologiques, des habitudes mentales qui rappellent celles de l'homme primitif et qui viennent de lui ; mais la montée à travers les siècles ne s'est pas faite de cellule à cellule, par la chaîne ininterrompue de l'hérédité ; elle s'est effectuée en dehors de l'individu, dans le milieu social. Certaines de ces habitudes ancestrales se sont évanouies, d'autres ont persisté que nous retrouvons encore, mais en *dehors* de nous, non en *dedans*.

Cette superstition ancestrale, pour employer le terme cher à Tanzi, ce n'est pas dans notre *super-inconscient*, dans notre inconscient collectif que nous la recueillons, mais sur les lèvres de nos grand'mères.

« La structure de l'esprit reste la même, c'est l'expérience acquise accumulée par le milieu social qui explique les différences de pensées. »

C'est le milieu social qui nous imprègne dès l'enfance d'idées que nous croyons découvrir en nous.

« Il faut aller à la recherche de ces impressions fuyantes tout de suite effacées par la réflexion, si l'on veut retrouver quelque chose de ce qu'ont pu éprouver nos plus lointains ancêtres. On n'hésiterait pas à le faire, si l'on n'était imbu du préjugé que les acquisitions intellectuelles et morales de l'humanité s'incorporant à la substance des organismes individuels, se sont transmises héréditairement. Nous naîtrions donc tout différents de ce que furent nos ancêtres. Mais l'hérédité n'a pas cette vertu. Elle ne saurait transformer en dispositions naturelles les habitudes contractées de génération en génération. Si elle avait quelque prise sur l'habitude, elle en aurait bien peu, accidentellement et exceptionnellement ; elle n'en a sans doute aucune. Le naturel est donc aujourd'hui ce qu'il fut toujours (Bergson).

Quelques points me semblent néanmoins acquis en demeurant sur le terrain de l'analogie, en dehors même de comparaisons parfois aventureuses.

En ce qui concerne le paranoïaque, cette analogie me paraît résulter avant tout de la prévalence de l'affectivité sur les facultés discursives. Chez lui, comme chez le primitif, comme chez l'enfant, comme d'ailleurs chez nombre d'adultes dits normaux, la logique des sentiments a pris largement le pas sur la logique tout court, la Pensée intuitive, sur la Pensée rationnelle (1).

Cette opinion est celle défendue par Dromard, pour qui le délire du paranoïaque résulte de la logique affective agissant sur les résidus de l'expérience et incapable de se les assimiler. Génil-Perrin (2) partage cette opinion ; dans un article tout récent, MM. Capgras, Beaudouin et Briau (3) l'étendent à toute l'explication délirante.

En ce qui concerne la schizophrénie, c'est encore la logique affective, mais sans le contact avec le réel, avec au maximum les Intuitions, l'imagerie imaginative, le symbole, le mythe, etc..., c'est à l'ordinaire la libération des éléments psychiques automatiques.

C'est cette libération des automatismes qui fait la ressemblance du primitif avec l'enfant, l'analogie du Rêve, de l'Inspiration artistique et de la Schizoïdie.

On peut répéter avec Abraham : « Le mythe est un fragment détaché de la vie mentale de l'enfance des peuples, le rêve est le mythe de l'individu. »

Mais, quand l'individu n'a pas créé lui-même son mythe, celui qu'il adopte il l'a trouvé dans le folk-lore et non inclus dans ses cellules cérébrales.

Pour conclure : le cerveau du paranoïaque, celui du schizophrène, je laisse l'obsédé en dehors du débat, peut ressembler par quelques modalités de son fonctionnement au cerveau du primitif. Mais c'est là tout.

Au primitif manque seulement l'expérience que, comme l'enfant des civilisés, il est capable d'ailleurs d'acquérir. Comme l'enfant, il est un commencement tenant en puissance tout le devenir de l'humanité.

(1) Voir TARGOWLA, LAMACHE et DAUSSY. — Sur l'Intuition délirante. Sa signification. *Ann. Méd.-Psych.*, 1927, p. 57.

TARGOWLA et DUBLINEAU. — *L'Intuition délirante*, Maloine éditeur.

(2) GÉNIL-PERRIN. — *Les Paranoïaques*, Maloine éditeur.

(3) CAPGRAS, BEAUDOUIN et BRIAU. — L'Explication délirante. *Ann. Méd.-Psych.*, avril 1934.

Le psychopathe peut sembler un « anachronisme vivant », c'est surtout une monstruosité psychique, — vide de tout avenir, c'est une fin.

Analogies ? Oui ; identité de nature ? Non.

**

Ceci dit, comme je l'affirmais au début de cet article, il n'en demeure pas moins qu'un certain nombre de délirants chroniques, ressortissant à des types nosologiques divers, traduisent une mentalité choquante qui semble avoir quelques affinités avec celle du primitif. A la base de ces délires, on va trouver *l'imperméabilité à l'expérience, la méconnaissance des principes directeurs de la raison, l'interprétation fantaisiste des lois de la nature*, éléments propres à l'homme primitif.

Dans ce groupe entreraient un certain nombre de malades : la plus grande part des hypocondriaques, dont Blondel, dans son beau livre, « La Conscience morbide », a donné des exemples ; la plupart des paraphrénies, des psychoses paranoïdes, des délires d'imagination, l'illusion des sosies, la méconnaissance systématique de la mort, etc...

A ce groupe, dont les éléments en apparence disparates, le sont probablement moins en réalité, peut-être pourrait-on donner le nom de *Psychoses du type pré-logique*, sous réserve de n'attribuer à ce terme qu'une valeur de comparaison.

C'est en me maintenant sur ce terrain que je vais, en peu de mots, résumer quelques observations choisies parmi bien d'autres, et qui serviront à étayer mon opinion.

G..., 46 ans. Depuis plusieurs années, elle associe son délire à une psychose hallucinatoire de sa mère ; quelques éléments étaient communs, mais, pour le thème général, la fille tourne en ridicule les idées délirantes de sa mère et celle-ci considère avec pitié les conceptions de sa fille.

Cette dernière s'est présentée à nous avec des fioles contenant de ses *fèces et de son urine qui ont des propriétés merveilleuses*. Elle nous annonce que chaque mois, pour se donner des forces, elle *absorbe un bouillon fait avec le sang de ses règles*.

Elle est le quadrucéphale à l'œil vert. Ses organes ont une valeur incomparable. Son sang est parfumé, son corps une masse de diamants, ses yeux des perles.

Tous ses *organes sont doubles* au moins, ce qui lui permet de se dédoubler. Elle a deux existences, l'ordinaire, qu'elle appelle « la journée » et l'autre pendant laquelle son double (l'astéroïde) va vivre une vie de rêve. Elle a 2 cerveaux, 3 colonnes vertébrales, etc...

12 fois par nuit, elle est fécondée ; les enfants sont gardés en elle quelque temps, puis placés dans d'autres corps de femmes, car elle est vierge.

Elle est *en même temps* Guynemer, Napoléon et le roi de France. Elle est immortelle, « renaît après chacune de ses morts. Elle subit le « bobinage » (H. psychiques).

« Pour moi, les enfants, c'est un parfum idéal. Le créateur doit être de même nature que nous, si je suis en perles il est en nacre. Il a les mêmes propriétés que moi, mais il peut prendre toutes les ressemblances.

« Je suis ici pour reconnaître que je suis quadrucéphale avec ma maternité virtuelle dans le dos. Je n'ai rien de commun avec les autres. *J'ai deux personnes*. Pendant mon sommeil, c'est l'*astéroïde* qui paraît et qui a tous les pouvoirs. Sans moi, il n'y a pas d'enfants ; depuis que je suis ici, la création est suspendue. Mon ventre est un muscle. Il n'y a aucune ouverture en moi. C'est une clef de voûte, on ne peut pénétrer que par des rayons. Je suis l'essence même de la pureté. »

Par ailleurs, facultés discursives sensiblement normales pour une débile.

Ici :

J... Imperméabilité à l'expérience.

Importance magique accordée aux excréments.

Valeur magique des règles, équivalant à celle attribuée au sperme.

Dédoublement de la personnalité.

La fécondation fantaisiste rappelle celle du primitif, pour lequel l'acte sexuel n'est qu'accessoire, certains esprits des morts pénétrant la femme en quelques régions choisies.

D..., 64 ans (internée depuis 1929, institutrice).

Le délire date d'une quarantaine d'années.

Dès l'âge de 20 ans, elle se croit poursuivie par des esprits malins qu'elle aperçoit surtout dans les flammes. Elle ouvre la salamandre pour les laisser échapper. Mariée à 40 ans, avec un mari beaucoup plus âgé, elle continue de délirer. Elle a découvert que le camphre chasse les esprits. Elle absorbe du camphre et en fait absorber à son mari, se fait des injections d'huile camphrée et prépare ses aliments à l'eau camphrée. Elle ressuscite les morts. Tout cela, elle l'a appris par influence (H. psychiques).

La nuit on lui enlève son esprit et on utilise son enveloppe à laquelle on fait faire des extravagances.

« Après mes rapports conjugaux, j'étais très attristée de ne pas me savoir enceinte. J'ai appris par influence que j'avais conçu par « mésonérancie ». Il s'agit là d'une fécondation « bassinienne » opposable à la fécondation « matricienne ». La « fœtomie » (gestation) dure de 4 à 5 semaines, 28 jours au moins. Ce n'est pas un

accouchement. Le « fœtome » se cueille comme on cueille une groseille. Le fœtome est donné à une autre mère, qui le conduira jusqu'au bouf. C'est un médecin qui fait l'opération pendant le sommeil fournissant un ovule de la mère pour une fille, du père pour un garçon. C'est le patriarche de la famille qui fournit le sperme.

« Mes enfants étaient sphéroïdes et très recherchés pour leur beauté de type grec. Je ne les ai jamais vus. J'en ai 14.

On lui a retiré des vertèbres du cou, du dos, on a raccourci ses jambes.

Parfaitement lucide, est capable d'une conversation roulant sur la littérature et l'histoire.

Ici :

Imperméabilité à l'expérience. Actes magiques.

Dédoulement de la personnalité.

Fécondation par procédés extra-naturels.

Création de néologismes pour expliquer des états nouveaux.

J..., 49 ans (internée depuis 1924).

Début, il y a 33 ans, en 1900, par des manifestations du type maniaque. Alternatives de crises d'excitation et de dépression avec préoccupations mystiques. *Visions prophétiques* pendant la guerre. Lettre au Président de la République suivie d'un internement en 1918 (2^e internement). En 1921, elle évangélise dans les rues de Paris, chante des cantiques, dérange les voisins, d'où son 3^e internement.

Visions mystiques, extases, conversations mentales avec Dieu.

Création d'un langage mystique avec une écriture particulière, mais compréhension peu probable de ce langage (*glossolalie*).

Elle a des enfants toutes les nuits, avec des poussées de fièvre puerpérale.

Joue avec une poupée qu'elle intègre dans son délire.

Ici :

Fécondation par procédés extra-naturels.

Création d'un langage et d'une écriture néologiques.

Marie, F^e L., 40 ans.

Interprétation de sensations. Elle est branchée sur certains individus dont elle éprouve les maux.

Gâtisme, troubles vésicaux d'un vieillard de 75 ans.

Epuisement et toux d'un tuberculeux.

Éprouvant une sensation voluptueuse, elle croit que son mari a des relations avec sa bonne.

Ici :

Action à distance.

G..., 25 ans. Psychose paranoïde.

« Je veux qu'on me rende mon double. J'ai des organes qui ne sont pas à moi, je veux qu'on me rende mes organes. »

Elle ressent tout ce qu'on fait à son double, « des horreurs ».

Elle ressent les opérations que subit son double.

« Je n'ai plus mes hanches, je ne reconnais même plus mon nombril. »

« J'ai eu 12-16 enfants. Ils sont morts à plusieurs reprises. »

Ici :

Dédoublément, action à distance, fécondation extra-naturelle, méconnaissance de la mort définitive, résurrection.

P..., 50 ans. Psychose paranoïde. Ancienne franciscaine.

A un délire mystique très riche, elle y associe un délire de négation. Il ne s'agit nullement d'une mélancolie.

Elle n'a ni rachis, ni intestin, ni matrice. Elle est vide comme un ballon.

Ici :

Méconnaissance des lois naturelles.

F..., 45 ans. Délire d'imagination. Il délire depuis plusieurs années, ce qui ne l'empêche pas de remplir correctement ses fonctions de comptable.

Il est en même temps : le neveu de la Reine Christine d'Espagne, un général de division ayant commandé à la Marne, Dieu le père.

Ici :

Symbolisation de l'idée de puissance. Imperméabilité à l'expérience.

Une malade de Courbon et Paul symbolisait la haine, sous l'apparence de plusieurs femmes (illusions de Frégoli).

X..., 50 ans. Psychose paranoïde. Délire mystique mal systématisé.

Sa première manifestation morbide a été la méconnaissance systématique de la mort de son mari, que pendant cinq jours elle a continué à alimenter, lui bourrant la bouche de victuailles.

Ici :

Analogie avec le primitif qui apporte de la nourriture au cadavre.

Dans la méconnaissance systématique de la mort comme dans l'illusion des sosies (Halberstadt, Courbon et Tusques), il y a *agnosie d'identification*, c'est bien là une des caractéristiques de la mentalité primitive. Pour les primitifs, une même chose peut être plusieurs choses à la fois.

Comme on le voit, chez ces quatre malades se rencontrent les éléments essentiels qui frappent dans la mentalité primitive : *l'imperméabilité à l'expérience et à la contradiction*, avec ces lois qui dominent chez les primitifs :

le symbole,

la participation,

la croyance aux esprits,
 le rêve révélateur,
 la migration de l'esprit pendant la nuit,
 le dédoublement,
 l'hallucination,
 la résurrection,
 la naissance mystique,
 la méconnaissance de la mort,
 la création du langage et sa valeur symbolique.

La plupart de ces malades, en dehors de leur délire, se sont montrés, les uns temporairement, les autres de façon durable, à peu près psychiquement normaux.

En apparence, de tels sujets appartiennent à des types différents. Mais les différences ne sont peut-être qu'en surface, ne pourrait-on les réunir par une expression qui dirait en même temps l'extravagance déconcertante du délire sans une grande atteinte, un moment donné du moins, des facultés psychiques ? Cette expression devrait montrer l'analogie de ces délires avec le comportement et les conceptions des individus appartenant aux civilisations inférieures, *analogie sans identité*. Le paranoïde rappelle le paranoïaque qu'il n'est pas l'*agriote* (ἄγριος, sauvage, non civilisé), par exemple, rappellerait le primitif, dont il n'est que la caricature.

BIBLIOGRAPHIE

- BERGSON. — *Les deux sources de la morale et de la religion*, 1932.
 BLONDEL. — *La mentalité primitive*. Stock, Paris, 1920.
 — — *La conscience morbide*.
 BURSZTYN. — Schizophrénie et Mentalité primitive. Valeur comparative. Thèse Paris, 1934.
 CASTIGLIONI. — *Incantesimo e Magia*, 1934, Milan.
 FRAZER. — *Le rameau d'or*.
 FREUD. — *Totem et tabou*.
 JUNG. — *La structure de l'Inconscient*.
 LALO. — *La beauté et l'instinct sexuel*.
 LANG. — *Mythes, cultes et religions*.
 LANGE LÜDDEKE. — Zur Frage des Archaisch. primitiven Erlebens in der schizophrénie. Zeits. f. d. ges. n. und Ps., t. 93, p. 239, année 1924.
 LÉVY-BRÜHL. — *Les fonctions mentales dans les sociétés inférieures*. Alcan
 — *La Mentalité primitive*. Alcan, 1923.
 1920.
 — *L'Ame primitive*. Alcan.
 — *Le surnaturel et la nature* (dans la mentalité primitive).

- LÉVY-BRÜHL. — Quelques aspects de la mentalité primitive. *Nouvelle Revue française*, septembre 1933.
- M. M. MASINI. — Un « classico » dello studio della paranoïa. *Etude neurologia dedicati à Eugénio Tanzi*, p. 131.
- PIAGET. — *La pensée et le langage chez l'enfant*, 2 av., 1930.
- *La représentation du monde chez l'enfant*. Alcan, 1920.
- RAMOS. — *Primitivo E. Locura*. Bahia, 1926.
- Paul SCHILDER. — Wahn und Erkenntnis. Berlin, 1918. 3^e ch. *Völkerpsychologie und Psychiatrie. Monog. aus dem. Ges. Neurol. und Psych.*, t. 13-15.
- C. SCHNEIDER. — *Psychologie der schizophrène*, Leipzig, 1930.
- Alfred STORCH. — Das Archaisch. primitive. Erleben und Denken der Schizophrenen. *Monogr. aus dem. Ges. der Neur. und Psych.*, t. 30-33.
- A. STORCH. — Die Welt der beginnenden Schizophrenie und die archaische Welt. Ein existenzial. Analytischer Versuch. *Zeit. f. d. ges. Neurol. und Psych.*, t. 127, p. 799, 1930.
- TANZI. — La paranoïa e la sua evoluzione storica. *Rivista sper. di Frenatria*, vol. X, fasc. I-II, 1884.
- TANZI et RIVA. — La paranoïa. *Rivista sper. di freniatria*, vol. X, XI, XII, 1884-1886.
- TANZI. — I neologismi degli alienati in rapporto col delirio cronico. — Parte prima : I neologismi. — Parte seconda : *I germi del delirio*. *Rivista sper. di freniatria*, vol. XV et XVI, 1889-1890.
- *Il folk-lore nella patologia mentale* (*Rivista di filosofia scientifica*), vol. IX, fasc. 7, Luglio 1890.
- *The germs of delirium. The Alienist and Neurologist*. St-Louis, January, 1891.
- Sopravvivenze psichiche (*Ricerca cabalistica di un tesoro*). *Rivista di filosofia scientifica*, vol. X, paggio 1891.
- WALH. — Délires archaïques. *Annales Méd.-Psych.*, 1933, p. 294.

LA PYRÉTOTHÉRAPIE SOUFRÉE DANS LA DÉMENCE PRÉCOCE

PAR

A. DONNADIEU et P. LÔO

I. INTRODUCTION. — C'est en 1931, dans le service du Professeur Perrens, que l'un de nous commença à appliquer le traitement par l'huile soufrée à la démence précoce. Méthode inégale dans ses résultats, mais à laquelle, jusqu'à ce jour, nous sommes restés fidèles...

Aux observations recueillies à Château-Picon, s'ajoutent celles faites dans nos services respectifs, et, depuis trois années, nous avons alternativement connu les enthousiasmes et les déceptions que donnent souvent les thérapeutiques nouvelles.

Nous avons pensé que l'attente, permettant à l'appoint affectif de s'apaiser, notre témoignage, par ce qu'il a de volontairement tardif, aurait une plus grande garantie d'objectivité.

Présenter la longue série d'observations accumulées depuis 3 ans, donnerait à ce travail une extension excessive, les résumer sous forme de statistique serait une altération de la vérité qui n'est pas telle en soi, mais demeure fonction de divers éléments et de circonstances particulières.

Les statistiques sont, a-t-on dit, une « forme de l'erreur », car la brutalité des chiffres trahit les diverses nuances par lesquelles un résultat n'est ni parfait ni nul, et autant que les guérisons complètes, les simples modifications d'un processus pathologique, les arrêts dans l'évolution, le ralentissement même nous ont convaincu de l'efficacité du traitement.

Nous venons témoigner ici de l'activité habituelle et inégale de la thérapeutique soufrée, parfois efficace jusqu'à la guérison complète, souvent limitée à des améliorations subtiles et quelquefois inopérante.

Nous voulons aussi essayer de justifier ces résultats inégaux, car les conditions n'en paraissent pas absolument mystérieuses, et enfin indiquer les remarques faites au cours de ces trois années de pratique.

OBSERVATIONS. — Une dizaine environ de malades furent soignées en 1931 à l'Asile de Château-Picon.

L'une ne put supporter les injections, faisant après chaque piqûre de l'hyposhémie, et le traitement fut abandonné.

La première traitée fut choisie parmi les vieilles chroniques, comme ayant le moins à perdre, éventuellement, dans cette aventure qu'est l'essai d'une nouvelle thérapeutique.

C'était une ancienne démente précoce, dissociée, indifférente, gâteuse, et dont l'activité se traduisait uniquement par des gestes stéréotypés et des propos incohérents, à vocabulaire réduit émaillé de néologismes. L'huile soufrée ne modifia pas son comportement, cependant, quelques lueurs semblaient la rapprocher parfois du réel et en particulier elle apporta aux visites de sa famille une attention, depuis longtemps inaccoutumée, pouvant même, aux lendemains de parloir, indiquer le nom et la qualité des personnes l'ayant visitée.

Résultat insignifiant en soi, mais énorme par rapport au comportement antérieur, et pour nous ce fut un encouragement que des malades mieux choisies par la suite, ne firent qu'accroître.

Trois en particulier mériteraient, par la gravité des troubles et la netteté du résultat, un long développement, mais ces observations sont rapportées dans la thèse du Dr Lajournade et dans une communication et un article du Dr Fournier.

La première, une jeune fille venue pour un accès d'excitation suspect, présentait bientôt des stéréotypies, du négativisme, des manifestations érotiques, des phénomènes hallucinatoires symptomatiques d'un syndrome hébéphrénique.

Le traitement par l'huile soufrée fit disparaître ces troubles, la lucidité et le calme reparurent progressivement, mais longtemps encore persistèrent des hallucinations endogènes. « J'ai mon nez qui parle », nous disait la malade... Un traitement à l'acétylsarsan et une psychothérapie rectificative permirent une guérison totale, la sortie et le mariage ultérieurement...

Ensuite, c'est une jeune institutrice, faisant une crise d'agitation où dominent le maniérisme, quelques stéréotypies, et malgré l'excitation, un isolement sensible de l'ambiance. Elle était passée, avant d'arriver au pensionnat, dans deux services différents et tous les

psychiatres avaient été unanimes à porter le diagnostic de démence précoce.

Traitée par l'huile soufrée, l'agitation s'apaise, les sentiments, la curiosité, l'intérêt reparaissent, le maniérisme s'atténue, aucune stéréotypie ne persiste et bientôt la malade sort guérie.

Une troisième jeune fille était entrée à l'Asile pour un état mélancolique atypique déjà, à cause de l'âge (18 ans), des manifestations excessives et injustifiées d'anxiété, des troubles de la personnalité : « Je n'ai plus de tête », disait-elle.

Bientôt, tout le syndrome catatonique s'installe : négativisme, gâtisme, flexibilité cireuse, conservation des attitudes.

Traitement par l'huile soufrée, guérison, sortie.

L'un de nous eut l'occasion, quelques mois après, de la rencontrer fortuitement dans un autobus et cette jeune fille élégante ne rappelait en rien la grabataire antérieurement traitée...

Les autres malades suivies à Château-Picon ne guérissent pas... Quelques modifications légères, mais peut-être les signes remarqués à la faveur d'une attention plus grande eussent-ils été découverts soigneusement recherchés avant le traitement.

Nous n'en ferons pas mention.

A l'Asile de La Charité, le traitement appliqué à des déments précoces hommes, en collaboration avec notre collègue le Dr Le Guillant, a donné des résultats modestes. Nous avons laissé à celui-ci le soin exclusif d'apporter une appréciation dont nous respectons même le pessimisme de la forme.

1) B..., démence précoce.

Poussée ancienne évoluant depuis trois ans, légère atteinte de l'état général. Une rémission ancienne ayant duré 6 mois, sous l'influence, pense-t-on, du sulfate de cuivre intraveineux. Traitement à l'huile soufrée.

Aggravation de l'ensemble du syndrome.

2) G..., syndrome hébéphrénocatatonique à allure infectieuse au début...

Traitement à l'huile soufrée.

Amélioration importante physique et mentale. Demeure un schizophrène.

3) S..., début récent dit la famille. Mais syndrome cœnesthésique et délirant schizophrénique, paraissant ancien.

Traitement à l'huile soufrée.

Aucun changement.

4) M..., schizophrénie à forme psychasthénique, évolution très ancienne, presque constitutionnelle.

Traitement à l'huile soufrée.

Résultat : aucun changement.

5) Be..., syndrome hallucinatoire et délirant, paraissant symptomatique d'un début de démence précoce.

Traitement à l'huile soufrée.

Les troubles ont disparu avec rectification rétrospective. Le malade est sorti parfaitement guéri.

6) Br..., démence précoce, délire, autisme, maniérisme, début ancien.

Traitement à l'huile soufrée.

Résultat : pas de modification.

7) C..., état paranoïde très ancien.

Traitement à l'huile soufrée (6 injections).

Le malade amélioré est sorti avant la fin de la série, réclamé par les siens.

En somme :

— une guérison complète ;

— une amélioration importante, car l'hébéprénique qui reste ensuite, un schizophrène, est d'une famille de déséquilibrés émotifs, et on ne sait si l'état actuel est une aggravation ou correspond au *statu quo* par rapport à son état avant l'internement ;

— une amélioration notable chez un troisième dont l'impatience de la famille ne permet pas une série complète d'injections ;

— les autres, anciennement touchés, n'ont pas réagi au traitement et, jusqu'ici, tous n'ont eu qu'une seule série d'huile soufrée.

Chez les femmes, le traitement a été appliqué à 5 malades :

1) G..., démence précoce ancienne à forme paranoïde. Idées délirantes de persécution, atteinte de la personnalité. Impulsions, rires immotivés, discordance.

Le traitement, sans modifier l'état mental, a réduit, au dire du personnel, les réactions impulsives.

2) T..., syndrome catatonique ancien, négativisme, refus d'aliments (sonde), mutisme, impulsions soudaines.

Première série d'huile soufrée : pas de changement.

Deuxième série faite par Mlle le Dr Martrille. La malade mange, est moins impulsive, parle quelquefois pour réclamer de la nourriture.

3) P..., étudiante. Syndrome catatonique ancien, mutisme, conservation des attitudes, refus d'aliments, gâtisme.

Première série d'huile soufrée : la malade ne réagit pas, présentant même de l'hypothermie. Le traitement est interrompu et on remonte P... au cacodylate de soude.

Puis, une deuxième série d'huile soufrée est faite, la malade réagit normalement. Cette dernière série se termine à peine, les manifestations catatoniques ont diminué, en outre, la malade mange actuellement seule.

4) A..., dont le traitement se termine en ce moment, ne présente encore aucune modification de l'état mental. Physiquement, elle a perdu 7 kilos.

5) C... Lucienne. Les certificats de 1931 mentionnent qu'elle est atteinte de démence précoce.

Elle fait en 1932, spontanément, une rémission de quelques mois. Réinternée, le certificat de 24 heures porte « crises d'agitation hétérophrénique », diagnostic confirmé à la quinzaine.

Un deuxième médecin a noté sur l'observation en 1932 : « Malade peu présente, rires immotivés, maniérisme ». Prenant le service, l'un de nous, en avril 1933, a noté : « Manifestations cyclothymiques de nature hétérophrénique. Dissociation idéo-affective.

Traitement à l'huile soufrée.

Amélioration progressive, réadaptation à l'ambiance, guérison.

La malade est sortie en juillet 1933, et, en janvier 1934, un mot de sa famille informait que la malade était toujours très bien.

— Une guérison complète sur cinq...

— De légères améliorations chez les autres...

Résultat modeste, certes, mais inespéré aussi... car dans un service où les malades sont surtout envoyés de la Seine, les formes d'éclosion récente sont très rares et le traitement se limite à des cas anciens, presque désespérés...

A l'Asile de Vauclaire, 10 malades femmes ont été traitées par l'huile soufrée, 5 autres sont actuellement en cours de traitement dont nous ne tiendrons pas compte.

1) Vig... Elia, 25 ans. A l'Asile depuis trois ans.

Fugues, tentative de suicide, refus d'aliments, mutisme, grimaces, rires immotivés, stéréotypies ; incohérence des actes, inactivité, indifférence.

Première série du 5 janvier 1933 au 14 mars, maxima thermique 39°2 : aucune amélioration.

Deuxième série du 12 avril 1933 au 14 juin, maxima 40° : aucun changement.

2) Cha... Henriette, 30 ans. Dans les antécédents : une pleurésie. Internée depuis 1927. Syndrome catatonique.

Légère rémission spontanée ayant permis une sortie.

Réinternée en mai 1933.

Huile soufrée, maxima-39°8 ; aucune amélioration.

La malade revient dans sa famille dans le même état qu'à son entrée.

3) Bouy... Blanche, 25 ans. Internée le 18 avril 1932. Antécédents : une coxalgie.

Hébéphréno-catatonie avec gâtisme urinaire intermittent, aménorrhée.

Huile soufrée en août 1932 : légère amélioration. Réapparition des règles. La malade, inactive auparavant, aide aux soins du ménage et devient plus gaie. Elle quitte l'Asile le 14 septembre 1932.

Réinternée le 15 novembre de la même année : fugue, impulsions violentes.

Nouvelle série : aucun résultat.

4) Du... Irma, 29 ans.

Entrée à Vaucluse en août 1932 pour un état d'obtusion confusionnelle, consécutif, semble-t-il, à une crise de rhumatismes articulaires aiguë.

Transférée à Vauclaire, en août 1933 : sourires, maniérisme, mutisme quasi-absolu, indifférence et inactivité totales.

Huile soufrée. Maxima thermique 39°9.

Dès la dixième injection, la malade s'intéresse à l'entourage, devient plus gaie, s'offre d'elle-même pour les travaux du ménage et de la couture.

Actuellement, un mois après la fin du traitement, elle est encore un peu étrange, timide, mais travaille régulièrement et exprime le désir de revenir dans sa famille.

La sortie est accordée.

5) Com... Louise, 23 ans.

Après une infection puerpérale, en mars 1932, est devenue obnubilée, inactive, indifférente à son ménage et à ses enfants. Fugues, quelques idées de persécution.

Première série du 5 janvier 1933 au 12 mars. Réactions faibles, 38°9. Pas de changement.

Deuxième série commencée le 12 avril 1933. Réactions à 39°8 avec 5 cc. Apparition d'un syndrome appendiculaire nécessitant l'interuption du traitement.

L'état mental demeure stationnaire jusqu'en décembre où, spontanément, la malade se met à travailler, mais cette amélioration ne persiste pas. Une troisième série d'injections est en cours.

6) Del... Irène, 35 ans.

A Vauclaire depuis le 7 septembre 1929.

Confuse, crie, s'agite ; violences envers le personnel. A d'autres moments reste inerte, accroupie, muette, gâteuse.

Tantôt refus d'aliments, tantôt boulimie.

En septembre 1930 devient plus calme, travaille un peu, mais très irrégulièrement, à la couture.

En 1932 : langage incohérent, indifférence, sourires stéréotypés.

Huile soufrée, du 8 novembre 1932 au 14 janvier 1933. Maxima 39°4. L'amélioration, peu sensible d'abord, s'accroît par la suite. La malade est calme, travaille très régulièrement, se nourrit de même.

Actuellement, malgré la persistance du maniérisme, l'amélioration se maintient telle que la famille demande une nouvelle série d'injections qui est en cours.

7) Ex... Andréa, 21 ans.

En traitement dans un hôpital depuis plusieurs mois pour démence précoce à forme anxieuse avec accès de dépression, puis d'agitation.

Envoyée à Vauclaire en avril 1933.

Sautes d'humeur, négativisme, arrêts de la pensée, discordance, indifférente et inactive.

Huile soufrée, du 29 mai 1933 au 17 août. Maxima 39°9.

Peu à peu la malade devient plus gaie, commence à travailler.

L'amélioration est progressive. En octobre, état mental et physique bons.

La famille demande la sortie, mais comme il persiste un très léger maniérisme, on fait une deuxième série. Pendant ce temps, la malade est calme, travaille bien, raisonne parfaitement.

Elle quitte l'Asile le 8 décembre 1933 après plusieurs mois d'amélioration pouvant faire croire à la guérison. Chez ses sœurs, pendant les premiers jours, elle est tout à fait normale. Le quatrième jour, elle va chez ses parents et tout de suite prétend que son père veut l'ensorceler.

Elle revient à l'Asile le 20 décembre, agitée, incohérente, anxieuse. Rapidement, elle se calme, mais demeure très troublée.

Une troisième série est commencée.

8) Pér... Noélie, 23 ans.

Entrée à Vauclaire le 26 novembre 1932.

A la suite de la mort de sa sœur, il y a un an, est demeurée bizarre, ne travaille plus, grosse agitation, cauchemars nocturnes où sa sœur morte lui parle. Aménorrhée.

A l'entrée, hébéphrénie : agitée, déchire tout. Refus d'aliments. Rires immotivés et incoercibles, maniérisme. Propos incohérents. Gâtisme intense.

Du 28 janvier 1933 au 2 mai, huile soufrée. Maxima 40°1.

Après la quatrième injection, devient plus calme, plus propre. Le calme s'accroît peu à peu. La malade sort guérie le 2 juin 1933.

Cinq mois après, une lettre du père indique : « L'état moral de ma fille va aussi bien que possible ; elle est très calme et dort assez bien ; elle fait son possible pour nous aider à travailler comme avant sa maladie. » L'aménorrhée persiste.

9) Me... Raymonde, 16 ans.

Entrée le 8 février 1933. Depuis quelque temps, était instable, rêveuse. Le 6 février, très surexcitée, s'échappe de chez elle et va se jeter à la rivière voisine.

A son entrée, stupeur totale, mutisme et négativisme absolus. Se cache sous ses couvertures. Très agitée la nuit.

Réflexes rotuliens vifs à gauche. A droite, ébauche de trépidation épileptoïde.

Conservation des attitudes.

Ponction lombaire : aucune réaction du liquide céphalo-rachidien.

L'état persiste tel, un mois.

Peu à peu, l'agitation se calme, mais la malade est complètement gâteuse, mange ses excréments et l'herbe du jardin. L'obnubilation persiste.

En avril, on commence l'huile soufrée ; maxima 40°2.

Après la sixième injection, légère amélioration. La malade est un peu moins sale, prononce quelques mots, mais ne semble pas comprendre les ordres donnés.

En août, la malade sort de son état d'obnubilation. Spontanément, elle écrit à son père une lettre d'ailleurs encore délirante.

Puis, les progrès surviennent, rapides. Elle s'occupe au ménage, vient parler au médecin. Elle demande sa sortie qui lui est accordée le 22 août 1933. Elle est encore un peu euphorique.

Revue cinq mois après sa sortie, elle est complètement guérie. L'aménorrhée persiste.

10) Ni... Madeleine, 20 ans.

Chute de bicyclette sur la tête le 14 août 1931. Trois jours dans le coma, puis obnubilation pendant six mois.

Sort peu à peu de cet état et reprend une vie tout à fait normale. Le 10 février 1932, son père lui refusant d'aller au bal avec un jeune homme qu'elle devait épouser, elle s'agite, crie, brise les objets. Cet état persiste avec une fièvre irrégulière à 38°.

Gâtisme, la malade se frotte les mains avec ses matières. Soignée d'abord en maison de santé, elle est internée.

Le gâtisme est très marqué. Escarre fessière. Troubles vaso-moteurs des extrémités. Rien dans le liquide céphalo-rachidien.

Le certificat de 24 heures comporte « excitation probablement symptomatique d'un état schizophrénique post-confusionnel ».

Etat stationnaire pendant quelques mois.

Le 15 juillet 1932, on commence l'huile soufrée. Maxima 39°4.

Dès la troisième injection, on constate une brusque amélioration. La malade se calme, ne gâte plus, cause avec l'entourage, s'inquiète de sa famille.

Elle quitte l'Asile très améliorée, le 1^{er} octobre 1932.

Dans la suite, nous avons eu souvent de ses nouvelles par son médecin traitant. Elle reprend peu à peu sa vie antérieure, conduit son automobile.

Un an après sa sortie, une lettre de sa mère nous annonce la persistance de la guérison et le mariage.

En résumé, sur 10 malades traitées, nous trouvons ici :

- 3 sans aucun résultat ;
- 3 améliorations, dont une suffisante pour avoir permis la sortie ;
- 1 grosse amélioration suivie de rechute ;
- 3 sorties après guérison : deux depuis 5 mois, une depuis un an.

TECHNIQUE. — D'abord un examen complet du malade doit être fait ainsi qu'une analyse d'urines.

Le produit employé par nous a été la Sulfosine Léo à 1 % puis à 2 %.

La série est de 10 injections, on commence par 1 cm³, en augmentant de 1 cm³ chaque fois, sauf si la réaction a été très forte, dans ce cas on ajoute seulement 1/2 cm³.

Il semble moins fatigant pour les malades d'espacer de 8 jours chaque piqûre, afin qu'ils puissent récupérer entre chacune.

Si entre temps les règles apparaissent, nous interrompons la série pour la reprendre ensuite.

Le lieu d'injection est soit la fesse, soit la cuisse à l'union du tiers supérieur et du tiers inférieur, l'aiguille étant enfoncée perpendiculairement jusqu'au contact de l'os et légèrement retirée ensuite.

Cette dernière est plus douloureuse que faite dans la région fessière, mais nous lui donnons notre préférence ayant cru remarquer que l'élément douleur avait en quelque sorte une vertu curative, paraissant aider à la cohésion de la personnalité.

Quand la série est terminée, un long repos s'impose et si les résultats sont nuls ou insuffisants on peut recommencer une deuxième et ultérieurement une troisième série de 10 piqûres.

REMARQUES. — La fièvre débute environ 5 à 10 heures après l'injection et atteint progressivement son acmé ; la défervescence est, soit graduelle, soit en clochers successivement moins élevés, ce qui nous donne les deux types de courbe habituellement rencontrés.

Il nous a paru que celles où l'ascension thermique est nette, immédiate et forte sont les plus favorables au point de vue pronostic.

Peut-être est-ce là l'indice d'un meilleur état physique et nous savons, ainsi que l'a montré M. le Professeur Claude, combien la démence précoce paraît conditionnée souvent par l'état général.

Chez certains malades, l'huile soufrée provoque quelquefois de l'hypothermie avec refroidissement des membres, pâleur, ralentissement du pouls, léger état syncopal, éventualité rare d'ailleurs et traduisant une déficience organique et la nécessité de tonifier le sujet qui, par la suite, peut supporter le traitement et présente des réactions thermiques normales.

L'un de nous a constaté, chez un seul sujet d'ailleurs, des vomissements accompagnant chaque injection, peut-être conditionnés uniquement par la fièvre...

Enfin, l'amaigrissement est de règle au cours du traitement. Toutefois, si les piqûres sont espacées d'une semaine au moins, la perte de poids est moins sensible, et la récupération est généralement absolue et rapide.

L'inflammation locale consécutive à la piqûre disparaît par les applications humides chaudes et peut d'ailleurs être évitée si celles-ci sont faites préventivement.

Parfois, un peu de claudication due à la douleur et à la raideur musculaire, mais de courte durée.

Jamais nous n'avons remarqué de complications rénales, les urines étant examinées avant et après le traitement.

M. le Professeur Perrens associe à l'huile soufrée un traitement au stovarsol, après avoir préconisé, en 1931, alors que l'un de nous était son interne, les sels d'or...

Le Professeur Claude est le thuriféraire de ces derniers...

Ces tendances diverses paraissent traduire les incertitudes dans lesquelles on passe selon les sujets examinés, quant à l'étiologie de la démence précoce.

Nos malades ont guéri souvent sans traitement adjuvant, mais pour ceux ayant des stigmates d'hérédosyphilis, nous n'hésiterons pas à entreprendre un traitement anti-spécifique, de même que chez ceux ayant des signes physiques d'atteinte bacillaire, la chrysothérapie nous paraît indiquée.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES. — Les résultats nous paraissent être fonction de deux éléments principaux : a) la forme de la maladie ; b) le moment du traitement.

a) Les formes aiguës, apparues à la suite d'un choc émotif ou conditionnées par des facteurs physiques (infectieux par exemple) où la maladie surgit dans une vie jusque-là normale, comme un accident, nous paraissent les plus accessibles au traitement et dans cette série, les formes avec agitation sont les plus favorables.

Tandis que les formes pathologiques, paraissant être le dénouement de dispositions caractérielles ou l'épanouissement d'une constitution accentuée jusqu'à l'anormal, par exemple le schizoïde devenu schizophrène, semblent inaccessibles à la thérapeutique soignée.

Chez ces derniers, le traitement donne parfois comme un réveil ; le rêveur devient plus présent, le contact avec le réel mieux établi, mais ces résultats sont fugaces et s'il y a eu contact avec la réalité, il n'y a pas adhérence...

Bientôt, ils reprennent leur vie psychologique mystérieuse, dont les diverses modulations, euphorie inadéquate, indifférence morne, impulsions brusques, traduisent peut-être les divers moments d'une pensée autistique...

b) Ayant sélectionné les formes les plus favorables, il importe de choisir le moment du traitement.

Il y a peu de prise sur les cas anciens comme si la personnalité était intégralement transformée, tandis que les formes récentes où la personnalité subsiste bien que submergée par le déploiement pathologique, sont de beaucoup les plus favorables.

Mais chez les chroniques présentant parfois comme une lueur affective, il convient toutefois d'essayer le traitement.

L'insuccès fréquent est, pensons-nous, dû aux interventions tardives par suite de diagnostics hésitants.

Les plus prudents, les indécis, attendent, en présence des manifestations atypiques, l'apparition de l'indifférence, de la grosse discordance, étapes ultimes de la démence précoce pour identifier celle-ci.

Attitude sage peut-être, mais à coup sûr inhibitrice.

Nous pensons, à l'encontre de certaines tendances actuelles, que, dès le début, une maladie est différenciée et que l'effort doit porter vers une identification précoce.

Au lieu du renoncement proclamé déjà, un effort pour préciser les nuances permettant précocement de reconnaître les

signes suspects d'un syndrome, permettra aux thérapeutiques trop souvent vaines, une plus fréquente efficacité.

CONCLUSIONS. — La thérapeutique soufrée appliquée aux formes accidentelles de la démence précoce est souvent efficace, sous réserve d'une intervention précoce et d'une constitution antérieurement normale.

Elle doit être réitérée et doit, selon le cas, s'accompagner de traitement tonique, anti-infectieux, anti-spécifique, anti-bacillaire.

Enfin, le pourcentage de guérisons paraîtra meilleur selon que l'expérience nous aura appris à distinguer les malades devant en bénéficier.

BIBLIOGRAPHIE

- Dr LAJOURNADE. — Traitement de la Démence Précoce par les injections d'huile soufrée. *Thèse de Bordeaux*, 1933.
- Dr FOURNIER. — *Gazette des Sciences médicales de Bordeaux*, n°s du 5 et du 22 octobre 1933.
- CLAUDE et DUBLINEAU. — Pyrétothérapie soufrée et chrysothérapie dans le traitement de certaines démences précoces. 4^e Congrès de thérapeutique.
- Deux nouveaux cas d'hébéphrénie simple ou confusionnelle traités par les sels d'or associés à la pyrétothérapie par l'huile soufrée. *Société médico-psychologique* du 14 décembre 1933.
- Essai de chrysothérapie et de pyrétothérapie soufrée dans le traitement de certaines démences. *Gazette des Hôpitaux civils et militaires* du 20 décembre 1933.
-

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du Jeudi 17 Mai 1934

Présidence : M. Th. SIMON, vice-président

PRÉSENTATIONS ET COMMUNICATIONS

Aphasie sensorielle post-traumatique,
par MM. L. MARCHAND et A. COURTOIS.

Les troubles cérébraux durables consécutifs aux traumatismes craniens sont très variés. Parmi les formes les plus graves, prend place l'affaiblissement intellectuel d'évolution progressive, parfois entrecoupée de crises épileptiformes et pouvant simuler un syndrome paralytique (pseudo-paralysie générale traumatique). D'autres syndromes neuro-psychiques peuvent être en rapport avec des lésions cérébrales plus ou moins localisées.

Le malade que nous présentons aujourd'hui est atteint d'aphasie sensorielle post-traumatique. L'aphasie ne s'accompagne d'aucun symptôme hémiparétique. Si l'on s'en rapporte au travail de Benon (1) sur les troubles aphasiques consécutifs aux traumatismes craniens, ces cas sont peu fréquents.

D. Albert, âgé de 63 ans, représentant de commerce, entre au service d'observation de l'Hôpital Henri-Rousselle le 3 novembre 1933.

(1) R. BENON. — *Traité clinique et médico-légal des troubles psychiques et névrosiques post-traumatiques*. G. Steinheil, éd., 1913.

Père mort à 39 ans de pneumonie. Mère morte à 88 ans. Un frère bien portant ; un autre a présenté un accès dépressif présénile.

D'une première union le malade eut deux enfants, un garçon de 37 ans bien portant, une fille qui est morte à 21 ans de tuberculose pulmonaire. La seconde femme n'a présenté aucune grossesse.

Personnellement, D. a toujours été en bonne santé ; il n'a jamais fait d'excès de boisson. Son activité professionnelle était régulière et il a travaillé jusqu'au jour de l'accident.

Le 6 octobre 1933, il est renversé par une auto en traversant la chaussée. Il est projeté violemment sur le bord du trottoir et, à Cochin où on le transporte, on constate une fracture de la région fronto-temporo-pariétale droite. Le malade reste dans le coma pendant 8 jours. Lorsqu'il revient à lui il manifeste une confusion complète, ne reconnaît plus l'entourage et bientôt la confusion s'accompagne d'excitation psycho-motrice. La turbulence, avec laceration et gâtisme rendent nécessaire l'hospitalisation dans un service spécialisé. C'est ainsi que le 3 novembre, soit près d'un mois après l'accident, le malade entre à l'hôpital Henri-Rousselle.

On constate alors les symptômes suivants : excitation psychique avec aphasia sensorielle. Fond euphorique et extrême politesse dont le malade se départit rarement.

Il se prête volontiers à l'interrogatoire, est attentif, répond sans effort apparent et sans temps perdu, exactement comme au cours d'une conversation normale. Mais il ne comprend habituellement aucun des ordres donnés, ne les exécute pas, ne peut nommer les objets.

Voici quelques exemples de conversation choisis dans plusieurs interrogatoires.

D. — Comment vous appelez-vous ?

R. — Moi comment je m'appelle, Del..., ma chaîne est revenue causer gentiment mais très loyalement. (Il se lève).

D. — Asseyez-vous.

R. — Bon, bon. Il y en a quelques-uns qui font des blagues.

D. — Quel âge avez-vous ?

R. — C'est un homme qui n'est pas éloigné de 67 ou 68 ans. Vous auriez préféré que je vous fasse une facture à ce prix-là.

D. — Levez-vous.

R. — C'est vrai, c'est intéressant (il ne se lève pas), il faut que je vous dise..., je suis parti avec la dame, c'est un des amis qui m'a dit..., j'avais qu'à rester au régiment.

D. — Qui suis-je ?

R. — Mais tu es un gentil garçon, mais il faut savoir que tu diriges les banques sur telle ou telle chose (il se lève et tend la main). Au revoir mon vieux.

D. — Restez assis, on va vous couper la tête.

R. — Je ne dis pas que ce soit mon cas, mais je ne dis pas si ce

serait mon cas. C'est très gentil tout ce que tu me dis, je suis un chic type.

D. — Donnez-moi la main.

R. — Je le crois aussi, je suis content, je suis triste aussi chez eux (se lève, puis très aimablement). Au revoir, Monsieur Maurice (il tend la main et s'en va).

Il ne peut nommer les objets usuels. — Une feuille de papier : c'est gentil. — Une lampe : c'est de la gymnastique simplement. — La main : c'est du sollier, ça oui s'il te plaît. — Le doigt : oublets. — La moustache : libdinagique.

La lecture est impossible ; il reconnaît certaines lettres, mais arrive rarement à former un mot. Observation devient « compensation » ; voir devient « lordion ». On lui donne un papier où est écrit : D. est un voleur », il lit « laiserie » et ne proteste pas. Il lit cependant « je veux partir ».

L'écriture spontanée est mauvaise. Sur demande écrite de donner son nom et son prénom, la paraphrasie se manifeste d'habitude : « Haessier, Helbost, Albert, Del..., Albert, Albert, Haelbert, Albert. »

Il s'empare des objets qui tombent sous sa main, démonte un buvard, en déchire les feuilles, enlève le caoutchouc et dévisse le manche du marteau à réflexes. On lui confie une boîte d'allumettes et on lui demande d'en allumer une : il entr'ouvre la boîte, puis met le tout dans sa bouche. On lui offre une cigarette, il prend le paquet et le pose sur la table. Pourtant, si on lui met une cigarette dans la bouche et qu'on allume le briquet, il s'approche et prend correctement du feu.

Ajoutons qu'il s'alimente seul, bien que sans grand souci de bien-séance ; il mange parfois avec ses doigts et porte aussi à sa bouche des objets non comestibles.

Dans la chambre où on l'isole, il parle seul, il bouleverse sa literie, plie avec grande attention ses draps, ses couvertures, il les range précautionneusement dans un coin ou à la tête de son lit en des piles inégales. Gâtisme urinaire et fécal.

Il est parfaitement indifférent à tout ce qui l'entoure, ne se mêle pas à la vie du service, ne paraît pas se rendre compte qu'il est dans un hôpital, ne paraît pas reconnaître les médecins ; s'il voit une femme, il s'incline, la main sur le cœur : « Mes respects, Madame. »

Si l'on explore ce qui peut rester de ses habitudes professionnelles et qu'on lui demande une pièce de soie par exemple pour tel usage, il prend le ton de l'employé bien stylé qui demande quelques précisions, puis il cherche dans ses draps et couvertures pliés, paraît désolé de ne pas trouver, s'excuse, mais oublie vite l'objet de la visite et reprend très familièrement sa jargonaphasie où il est souvent question de 88 et du régiment.

Une seule chose lui est désagréable et il s'en défend, c'est l'examen physique. Il proteste alors avec véhémence : « A ce point de vue, non ; ça s'arrête là, vous me faites mal, ce n'est pas mon genre. »

Les réflexes tendineux sont vifs, les rotuliens polycinétiques paraissent égaux. Il n'y a pas de diminution de la force musculaire, ni de trouble de la marche.

Les rides frontales sont un peu moins marquées à droite (côté de la plaie fronto-pariétale) qu'à gauche. Les pupilles sont égales et réagissent ; l'examen du fond d'œil montre un léger halo péripapillaire, mais les papilles conservent leur coloration normale.

Pas de tremblement.

Apyrexie. Tension artérielle : 14-9 (Pachon).

Les urines n'ont pu être examinées (gâtisme).

Azotémie, 0,44 (4-11). Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn, négatifs dans le sang.

Liquide céphalo-rachidien (7-11-33) : liquide clair, tension 25, albumine 0,30, globulines 0, leuco, 8 et nombreux globules rouges. Benjoin : 00000.02221.00000. Bordet-Wassermann et Meinicke, négatifs.

Examen hématologique : globules rouges, 4.480.000 ; leucocytes, 10.200, formule normale. Hémoglobine, 69 (Sahli). Valeur globulaire, 0,77.

D. est interné le 28 janvier 1934 à l'asile Sainte-Anne.

Depuis son entrée, les troubles mentaux et aphasiques se sont peu modifiés. Toutefois, les phénomènes apraxiques sont à peu près disparus. Le malade mange seul ; il se sert normalement des objets usuels, met seul ses lunettes. Si on lui donne un trousseau de clés et qu'on lui montre une serrure, il prend n'importe quelle clé et cherche à l'introduire dans la serrure sans en essayer d'autres. Il est resté malpropre. Gâtisme urinaire.

La surdité verbale, l'alexie sont très accusées.

D. ne comprend aucun ordre simple parlé ou écrit. Il ne reconnaît pas parmi plusieurs objets celui qu'on lui demande.

Souvent, il répète les derniers mots prononcés devant lui (écholalie) et les introduit dans une phrase qui n'a pas de sens.

On peut lui faire réciter automatiquement, quoique avec des erreurs, la table de multiplication ; il ne peut résoudre mentalement l'addition ou la soustraction la plus simple.

Mis en présence d'un texte imprimé, il lit quelques syllabes ou mots. Il les assemble sans lire la phrase, sans comprendre leur signification.

L'écriture sous dictée et sous copie est impossible. On arrive cependant à lui faire écrire son nom, mais il en sépare les syllabes qu'il écrit sans suite.

La parole spontanée est facile, sans aucune dysarthrie. Certaines phrases, dans lesquelles l'automatisme surtout professionnel intervient, sont construites correctement. Les gestes et le ton sont conservés même si la phrase n'a pas de sens. C'est ainsi que chaque fois qu'on l'aborde, il tend la main souriant, répétant à peu près la même

phrase : « Vous allez bien, Monsieur, je suis très content de vous voir, vous me faites vraiment plaisir, vous avez bonne mine, excusez-moi », puis, sur un ton qui semble en rapport avec ce qu'il veut dire, il émet des phrases sans signification dans lesquelles reviennent souvent les mots « régiment, 87, 88 ». Dans ses réponses, il remplace indifféremment le mot monsieur, par madame ou mademoiselle. Très rarement, en voyant le médecin, il dit Monsieur le docteur.

Il reconnaît sa femme ; ses sentiments affectifs sont conservés. Il n'a aucune notion du temps, de l'endroit où il se trouve. L'amnésie est continue. Il ne fixe aucun souvenir.

Il est toujours très euphorique. Il ne s'irrite que si on l'examine au point de vue physique, si on lui prend la main pour le faire écrire.

On ne constate aucun trouble pyramidal ou extra-pyramidal. Les réflexes rotuliens sont restés très vifs. Pas de troubles pupillaires ni du fond de l'œil. Le malade ne paraît pas hémianopique.

En résumé, un sujet à l'âge de 63 ans est atteint de fracture crânienne intéressant la région fronto-temporo-pariétale droite. Coma durant huit jours. Confusion consécutive avec agitation, puis aphasie sensorielle avec apraxie. Sept mois après l'accident, il persiste une amnésie continue avec aphasie sensorielle sans autres troubles organiques pyramidaux ou extra-pyramidaux.

Il est intéressant de noter que chez ce sujet droitier, outre des lésions cérébrales diffuses, une lésion localisée doit intéresser la région temporale gauche et cependant la fracture du crâne siègeait du côté droit. Il faut admettre, ce qui a été déjà souvent constaté, qu'il s'agit d'une lésion par contre-coup et que l'hémisphère le plus lésé est celui du côté opposé à la fracture crânienne.

Au point de vue clinique, nous ferons remarquer combien paraissent pauvres les souvenirs et les réminiscences de notre sujet. Comme il est incapable de comprendre la plupart des questions écrites ou parlées, il est impossible d'explorer sa mémoire. Il émet correctement les phrases qu'il avait l'habitude de prononcer avant son accident, soit pour ses relations journalières, soit pour sa profession. On peut aussi obtenir quelques réponses justes par automatisme, par exemple en prononçant devant lui les multiplicateurs de la table de multiplication, mais il ne peut résoudre une soustraction très simple. Il répète fréquemment les derniers mots prononcés devant lui.

Son langage spontané, en dehors des phrases prononcées automatiquement, est incohérent. Il consiste en un assemblage de mots réunis parfois par assonance et cette jargonaphasie se rapproche, comme chez le malade présenté ici même par MM.

Claude, Le Guillant et Masquin (1) de la schizophasie de certains déments précoces.

Le pronostic de cet état nous paraît très grave ; voici plus de sept mois que l'accident a eu lieu, on ne constate aucune amélioration de l'aphasie et l'affaiblissement intellectuel reste profond.

M. COURBON. — A propos de ce malade qui acquiesce à tout ce qu'on lui dit, je voudrais insister sur l'approbativité des aphasiques. Elle se rencontre presque toujours dans l'aphasie, mais les auteurs ne lui accordent pas l'attention qu'elle mérite. Pourtant quand elle s'accompagne comme ici d'euphorie, sa méconnaissance peut faire porter le diagnostic erroné de paralysie générale.

Dans une étude sur l'approbativité dans les psychoses (*Annales médico-psychologiques*, 1929), je me suis efforcé de mettre en évidence ses caractères distinctifs dans chacune d'elles. Tandis que l'approbativité du paralytique est un acte de foi exprimant une *conviction*, celle de l'aphasique est un moyen de suppléance exprimant une *conciliation*. La conduite conciliatrice envers l'interlocuteur est celle qu'adopte instinctivement tout individu placé dans l'impossibilité de comprendre ou de se faire comprendre, soit par ignorance de la langue, soit par ignorance de la matière discutée. Hochements de tête approbateurs et signes d'assentiment ponctuent les efforts de celui qui aborde un étranger dont il ne parle pas la langue ; ils accompagnent également l'attention de celui qui dans son propre pays écoute avec impatience la réponse du compatriote auquel il a demandé sa route.

M. René CHARPENTIER. — Le pronostic des cas d'aphasie sensorielle post-traumatique n'est pas toujours aussi sévère. Je viens d'en observer récemment un cas, dans lequel le sujet, renversé par une automobile, fut relevé dans le coma avec une fracture du rocher droit avec héli-paralysie faciale droite. La paraphasie, considérable, et due évidemment à la contusion par contrecoup de la région fronto-pariétale gauche, rétrocéda lentement. A l'heure actuelle, 4 mois après le traumatisme crânien, le langage est redevenu à peu près normal et s'améliore de jour en jour.

M. DUPAIN. — Moi aussi j'ai constaté sur un accidenté l'évolution de l'aphasie vers la guérison. Le sujet, en quelques mois,

(1) H. CLAUDE, LE GUILLANT et P. MASQUIN. — Troubles mentaux consécutifs à un traumatisme préfrontal. *Soc. Méd.-Psych.*, 9 juin 1932, p. 43.

devint capable de lire son journal habituel, conservant néanmoins l'incapacité de lire le nom des rues sur les plaques indicatrices.

M. MARCHAND. — Quand, au bout de 7 mois, les troubles conservent les caractères présentés par ceux de notre malade, il n'y a guère de progrès à espérer.

Un cas d'obsession guéri par la réalisation de l'idée obsédante,
par MM. G. HEUYER et S. NACHT.

Un des caractères classiques de l'obsession-impulsion est le bien-être immédiat qui se produit lorsque le malade obéit à son obsession et la réalise. Mais, ce bien-être est passager. Très rapidement l'obsession reparait avec la même intensité et elle détermine de nouveau une anxiété, toujours égale.

Or, nous avons eu l'occasion de suivre d'une façon intermittente un malade qui, depuis 5 ans, a présenté une obsession d'un caractère tout particulier.

Grâce à des circonstances favorables et aussi un peu pour réaliser une expérience thérapeutique, il nous fut possible de le satisfaire en réalisant son idée obsédante. Depuis, l'obsession et l'anxiété concomitante ont disparu et ce malade, qui depuis 5 ans menait une vie tout à fait pénible, dont nous allons décrire les péripéties, se considère comme guéri.

OBSERVATION. — M., âgé de 31 ans, est un marchand de journaux de Marseille où il vend le *Petit Provençal*.

Antécédents héréditaires. — Son père est décédé à l'âge de 35 ans d'une maladie que nous ignorons.

Sa mère est actuellement âgée de 65 ans ; elle s'est remariée et a eu en tout 8 enfants. Du premier mariage : un fils actuellement âgé de 41 ans, bien portant ; un autre a été tué à 19 ans à la guerre ; une fille décédée à 23 ans des suites de couches ; un autre enfant, mort en bas âge. Du deuxième mariage, elle a eu trois autres enfants : deux garçons, âgés actuellement de 39 et 26 ans, et une fille de 20 ans, bien portants.

Antécédents personnels. — M. a présenté un retard du premier développement. Il aurait marché tard, dit-il, n'a parlé qu'à 3 ans et n'a été propre que vers 4 ou 5 ans. A 11 ans, il a eu la rougeole et des bronchites fréquentes. Examiné à la radio en 1928, il n'a rien présenté d'anormal. L'examen des crachats a été négatif en 1929.

Après la mort du père, à l'âge de 6 ans, il a été mis à l'orphelinat où il a appris à lire, à écrire et à compter.

A 12 ans, il a appris le jardinage, jusqu'à l'âge de 16 ans. De 16 à 20 ans, il a été manœuvre maçon et depuis l'âge de 20 ans il est vendeur de journaux dans les départements, et surtout à Marseille.

A 18 ans, il a quitté sa famille parce que sa mère était remariée et avait d'autres enfants. Il ne s'entendait pas avec son beau-père, qui le battait.

Dans l'ensemble, il a été plutôt malheureux dans sa famille. Sa petite taille, son intelligence restée puérile étaient un objet de moquerie pour les siens. Il a certainement beaucoup souffert de ce sentiment d'infériorité physique et intellectuelle.

Il a eu des rapports sexuels normaux, mais relativement rares.

Dans sa jeunesse, vers l'âge de 12 ou 13 ans, il a eu des tendances boulimiques, de véritables obsessions à manger beaucoup.

Il déclare qu'à la suite d'une complication pulmonaire de rougeole, le médecin avait dit à sa famille qu'elle ne pourrait sans doute pas amener l'enfant jusqu'à l'âge adulte et qu'il mourrait avant.

Mais c'est au début de l'année 1929 qu'il commença à souffrir de l'obsession pour laquelle il est venu nous consulter.

Il était un peu obèse ; se sentant « congestionné », M. consulte un médecin. Celui-ci lui conseille de s'abstenir de boire de l'alcool et de manger de la viande, ou bien de faire pratiquer de temps en temps une saignée. Quelques jours après, il lit dans un journal un fait-divers où il est question d'une bagarre et de blessés à qui on a fait une transfusion de sang. L'idée lui vient brusquement qu'il serait bon pour lui d'être donneur d'une semblable transfusion.

Dans ce but, il se présente à l'hôpital de Nice, où il se trouvait alors, et expose ses désirs. On le complimente sur ses bons sentiments, on l'inscrit sur une liste et on lui fait savoir qu'il sera convoqué dès qu'on aura besoin d'un donneur de sang. Il s'en va satisfait et, pendant plusieurs mois, attend patiemment cette convocation.

A cause de son métier de colporteur de journaux, il est obligé de quitter Nice et d'aller à Béziers. Dans sa nouvelle résidence, il se présente au service de chirurgie de l'hôpital pour une transfusion. Là on lui fait une prise de sang, on l'inscrit sur une liste et on lui demande d'attendre la convocation pour le cas où on aurait besoin d'un donneur. Aucune convocation ne vient. Il commence à s'inquiéter car cette idée d'une transfusion a fini par l'obséder.

Sa profession l'oblige à se déplacer de nouveau. Il est pendant quelque temps relativement tranquille, parce que l'endroit où il habite durant quelques mois ne possède pas d'hôpital. Mais dès qu'il se trouve de nouveau appelé à habiter une ville possédant un hôpital, il recommence les mêmes démarches en vue de « donner son sang ». Il devient de plus en plus obsédé par cette idée et l'attente de la convocation le rend anxieux.

Un jour, à bout de patience, il quitte Marseille, abandonne son emploi sans prendre même le temps de se faire payer et vient à Paris où il espère réaliser son idée de transfusion.

Il arrive à Paris le 1^{er} octobre 1929 et va à la Pitié où il se propose vainement. A la Salpêtrière, dit-il, on s'est moqué de lui. A Cochin, dans le service du Professeur Achard, on lui a fait une prise de sang, on l'a inscrit sur une liste et on promet de lui faire signe à la première occasion, mais il n'est jamais convoqué.

Il ne travaille plus avec la même ardeur. Il est découragé, déprimé, inquiet. Pour se donner du courage, il commence à boire. Un jour, à la suite d'un abus d'alcool, il a un raptus anxieux, s'imagine voir dans une vitrine un homme et une femme qui se battent. Il prend une pierre et la lance dans la glace du magasin. Il est arrêté, conduit à l'Infirmierie Spéciale de la Préfecture de Police, et il est interné pour ivresse délirante.

Envoyé à l'asile de Perray-Vaucluse, il reste d'abord 20 jours alité, puis est employé comme travailleur à l'asile. Il écrit au Professeur Achard et le supplie de le convoquer pour une transfusion. Il reçoit une réponse pleine de promesses, mais celles-ci ne se réalisent pas. A l'asile, il ne parle à personne de son idée de transfusion.

Au bout de quelques mois, il est transféré à l'asile St-Pierre de Marseille. Là, même situation et même obsession. Sa mère le fait sortir de l'asile. Il essaie de travailler, mais il tombe malade, a des troubles intestinaux, il maigrit beaucoup, de 70 à 52 kg.

Il revient à Paris en juillet 1931, toujours pour se prêter à une transfusion de sang. C'est alors qu'il s'adresse spontanément à l'un de nous, dont il avait entendu prononcer le nom, dit-il, par un malade de Perray-Vaucluse. Pour la première fois, il raconte son histoire et nous fait part de son obsession.

Il s'agit d'une idée fixe non délirante, harcelante, irrésistible, dont il reconnaît la nature morbide et qui s'accompagne d'une extrême anxiété.

Pendant quelque temps, il est suivi par l'un de nous et le Docteur Le Guillant. Mais l'obsession est de plus en plus accaparante. Malgré ses tentatives multiples et les promesses qui lui ont été faites, il n'est jamais convoqué pour une transfusion. Il abandonne alors tout travail ; c'est le manque d'argent, c'est la misère.

Sur notre conseil, il retourne à Marseille. Il est hospitalisé quelque temps à l'Hôtel-Dieu et nous le perdons de vue.

Au mois de janvier de cette année, il revient à Paris : « C'était une espèce de sacrifice », dit-il. Il vient trouver l'un de nous à l'hôpital. Mal nourri, sans ressources, ayant abandonné tout travail à cause de son idée fixe, il donne l'impression d'une épave. Il est constamment obsédé par cette idée de transfusion. Il est hospitalisé à l'Hôpital Bichat, dans le service des psychopathes et délirants aigus.

Après en avoir discuté, nous nous sommes demandé si la solution la plus simple dans ce cas ne serait pas la meilleure, et nous avons décidé de donner satisfaction à l'idée obsédante de M. en l'utilisant comme donneur à une transfusion. Après la prise de toutes les pré-

cautions en usage, qui furent en la circonstance satisfaisantes, M. fut utilisé à deux transfusions successives.

Dans les premières heures qui suivirent ces transfusions, M. fut immédiatement libéré de son obsession comme d'un véritable poids. Il éprouva le bien-être qui est classique quand l'impulsion obsédante est réalisée. Ce qui est particulier, c'est que depuis 8 semaines que ces transfusions furent réalisées, M. paraît avoir été définitivement débarrassé de son idée fixe et de son anxiété. Il a retrouvé sa savoureuse gaieté méridionale. Après cinq années de tourments, il est heureux de se sentir redevenu normal et il n'a plus que le désir de reprendre son métier de colporteur de journaux et de retourner à Marseille.

COMMENTAIRE

Dans la description que nous faisons de l'état de M..., on peut discuter la nature de l'idée fixe que présentait notre malade.

Dans cette idée fixe, on retrouve les éléments essentiels de l'obsession.

C'est une idée circonscrite, localisée, une « monomanie ».

C'est une idée durable et tenace dans son évolution. Elle harcelait le malheureux M... sans arrêt et sans pitié depuis 5 ans.

C'est une idée impérieuse et irrésistible. Elle s'imposait à M... malgré lui. Il a cherché d'abord à s'en débarrasser. Puis il a fini par lui obéir et par s'efforcer de la réaliser. Il est devenu incapable de la repousser. A cause d'elle, il a abandonné son métier. Il a émigré de Nice à Béziers, à Marseille, à Paris, de nouveau à Marseille, pour échouer enfin encore à Paris.

C'est une idée parasitaire et discordante avec la personnalité du malade. M... avait vécu jusqu'alors l'existence d'un colporteur de journaux, vie médiocre mais paisible et bien adaptée à ses aptitudes et à ses capacités.

Surtout, il s'agit bien d'une idée consciente et non délirante. M... avait la conscience du caractère psychopathique de son idée obsédante : la meilleure preuve, c'est qu'il est venu lui-même, spontanément, trouver le médecin, aussi bien pour être débarrassé de son obsession que pour trouver, grâce au médecin, le moyen de la satisfaire.

Enfin, l'anxiété accompagnait l'idée fixe et donnait sa signature à l'obsession.

Dans tous ces détails, on retrouve les caractères essentiels de l'obsession. En outre, le malade présentait dans ses habitudes un fond d'émotivité, d'insatisfaction, d'incomplétude.

Ce garçon, qui est un peu débile et qui, en tout cas, n'a pas reçu une grande instruction, a des préoccupations d'ordre artistique.

Il aime la musique, particulièrement la musique d'église. Ce camelot méridional est pieux, sans que sa piété ait les caractères d'une obsession.

Ainsi, M... présente les éléments essentiels de l'état obsédant tel que Arnaud les a décrits. De plus, il a présenté déjà une période de boulimie obsédante.

Pourtant, quelques éléments peuvent permettre de distinguer de l'obsession classique l'idée fixe que présentait notre malade.

L'idée obsédante s'accompagnait d'une certaine excitation psychique, d'une hypersthénie, d'une loquacité anormale, de caractère hypomaniaque. Cette idée fixe, après une période d'hésitation et de lutte, avait fini par être acceptée par M... Il ne la discutait plus. Le conflit avait fini par se déplacer, il existait moins entre la conscience du malade et l'idée obsédante qu'entre le malade lui-même et les médecins, qui refusaient de l'accepter comme donneur.

C'est presque sous la forme d'un passionnel que M... se présentait à nous et son idée de donneur de sang n'était en réalité, comme il le disait lui-même, « qu'une espèce de sacrifice ».

C'est d'une façon secondaire qu'il avait fini par légitimer son obsession quand il nous déclarait qu'après avoir été très malheureux dans sa famille et hors de sa famille, il voulait donner son sang pour la vie des autres.

Néanmoins, l'aspect primitif de la psychopathie semble bien avoir été une véritable obsession.

C'est donc, nous semble-t-il, légitimement que nous le présentons à titre d'état obsédant guéri par la réalisation de l'idée obsédante.

Enfin, au point de vue pittoresque, nous rappellerons que dans le dernier volume de l'histoire de Salavin, « Tel qu'en lui-même... », Georges Duhamel a rapporté la dernière aventure de son héros, qui était devenu infirmier à l'hôpital de Tunis, dans le désir de donner son sang pour une transfusion et dans un but de sacrifice. Or, par bien des points, notre malade M... ressemble au pitoyable et velléitaire Salavin.

M. Paul ABÉLY. — Il semble qu'il ne s'agisse pas là d'une obsession psychasthénique véritable. L'obsession psychasthénique est habituellement précédée d'un état d'anxiété diffuse, laquelle à la faveur d'une dérivation imaginative oriente et fixe l'obsession. Ici, nous trouvons au départ un état hypomaniaque, à ce moment la lecture fortuite d'un journal attire l'attention du sujet sur la transfusion du sang, l'idée fixe s'installe plus tardivement et

alors le comportement du malade paraît témoigner d'un état dépressif consécutif à l'état hypomaniaque. L'idée fixe de donner son sang devient avant tout une idée de sacrifice du type mélancolique. J'estime qu'il s'agit donc plutôt d'une obsession symptomatique, apparue à la faveur d'un état cyclothymique, état qui a guéri. J'ajouterai, toujours en demeurant dans le cadre de la psychasthénie, qu'il est exceptionnel de rencontrer des obsessions à teinte affective altruiste, c'est la teinte égoïste et en tous cas égocentrique qui colore habituellement l'obsession.

M. René CHARPENTIER. — Au cours de leur très intéressant exposé, MM. Heuyer et Nacht ont signalé l'état de dépression du sujet, la préoccupation de « sacrifice » qui le poussait à donner son sang. Ils ont noté également la modification survenue dans l'état du malade antérieurement à l'expérience thérapeutique qui a si bien réussi, peut-être parce qu'elle se présentait très opportunément. Aussi peut-on se demander si, comme dans les cas sur lesquels, avec G. Deny, nous avons attiré l'attention au Congrès de Nantes (*L'Encéphale*, octobre 1909), l'obsession ne fut pas ici un symptôme au cours d'un état à ranger nosologiquement dans la psychose maniaque-mélancolique ?

D'autre part, les obsessions psychasthéniques peuvent également évoluer par poussées. La guérison actuelle date seulement de deux mois et il serait intéressant que ce malade nous fût présenté à nouveau dans quelques années. C'est un cas intéressant par le double problème qu'il pose de diagnostic et d'action thérapeutique.

M. MARCHAND. — Il n'est pas rare d'observer des états obsédants au cours de la psychose maniaque-dépressive, en effet. Un sujet de mon service ayant eu de nombreux accès périodiques, a présenté au cours du dernier, l'idée obsédante d'aller voir l'heure. Il avait beau la satisfaire perpétuellement, il était toujours forcé de recommencer. Cette obsession disparut en même temps que son accès maniaque.

M. COURBON. — A moi aussi l'efficacité de la mesure prise ici me paraît contestable. Lors de la disparition d'un symptôme dont la nature est d'être intermittent, il faut toujours se méfier d'une coïncidence avec la périodicité. Si l'on veut attribuer une valeur thérapeutique aux événements qui précéderent la disparition d'un état obsédant, il faut admettre qu'à côté des obsessions guéries par la réalisation de l'idée obsédante, il est des obsessions qui guérissent par la non-réalisation de l'idée obsédante.

M. NACHT. — Dans notre cas, l'instantanéité de la disparition après l'utilisation du sujet comme donneur de sang, et l'absence dans ses antécédents d'autres signes de cyclothymie, plaident en faveur de l'action réelle de notre thérapeutique. L'avenir dira si la guérison est durable.

Stupeur catatonique par pyélonéphrite colibacillaire. (*Paralélisme des poussées catatoniques et des phases de rétention. Guérison clinique après sérothérapie. Remarques thérapeutiques*), par M. H. BARUK.

Dans une série de recherches antérieures, nous avons individualisé, au double point de vue clinique et expérimental, une nouvelle forme étiologique de la catatonie, la catatonie colibacillaire. Avec Devaux, nous avons rapporté le premier cas de guérison clinique d'une catatonie colibacillaire grave à la suite du traitement étiologique par le sérum anticolibacillaire (1).

Nous avons pu observer, dans notre service de la Maison Nationale de Charenton, un nouveau cas de catatonie lié à une colibacillose urinaire, et guéri après sérothérapie.

Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, qui fut amené, le 3 septembre 1933, dans mon service avec le certificat suivant : « Confusion mentale à forme stuporeuse caractérisée par le refus de prendre de la nourriture, de la contracture des membres, des crises d'agitation. » (D^r Saintini).

A son entrée, le malade paraît extrêmement prostré : le faciès extrêmement pâle, vide d'expression, les yeux grands ouverts, les pupilles dilatées. Le mutisme est total. Le malade paraît incapable de se tenir debout, et on doit le conduire dans le service sur un brancard.

A l'examen, les membres soulevés retombent lourdement ; toutefois, en mobilisant un peu l'avant-bras sur le bras, on sent se développer une *résistance active, véritable négativisme* ; le pouls est lent, à 54, des vomissements apparaissent si l'on déplace tant soit peu le malade. En somme, tableau de *stupeur confusionnelle*.

La famille interrogée nous donne les renseignements suivants : cet état de stupeur serait apparu peu après une grande émotion. Son père avait été attaqué par un voisin (coup de revolver, le jeune homme menacé), à la fin de juillet. Depuis lors, le jeune homme paraissait très fatigué, inquiet, insomniaque. Puis, vers la fin d'août,

(1) H. BARUK et DEVAUX. — Catatonie grave colibacillaire. Guérison clinique après sérothérapie. *Soc. Méd.-Psych.*, nov. 1933.

un matin, il présente un vomissement ; tout d'un coup, sa figure change, il ne parle plus. Le lendemain, il dit bonjour, puis se renferme de nouveau dans le mutisme total qui persiste jusqu'à son arrivée dans le service, sauf une petite interruption la nuit qui précède, dans laquelle il semble se réveiller quelques instants pour demander où il était.

Pas d'antécédents pathologiques notables, à l'exception de petites poussées fébriles (38° - $38^{\circ}5$), qualifiées de fièvre de croissance ; fatigable, affectueux et sensible, travaillait régulièrement comme dessinateur.

L'état du malade reste sensiblement analogue durant les semaines qui suivent : l'examen neurologique et viscéral restent négatifs. Toutefois l'état de stupeur va en s'accroissant, et s'accompagne peu à peu de négativisme généralisé et intense, de catalepsie et de troubles végétatifs de plus en plus marqués (acrocyanose, salivation, bradycardie, nausées).

Vers la fin de septembre, commencent des oscillations curieuses à la fois de l'état mental et somatique. Durant 5 à 6 jours, le malade semble s'améliorer, s'éveille, prononce quelques mots, puis brusquement on voit réapparaître la stupeur et le négativisme. Ces oscillations se reproduisent à 4 ou 5 reprises. Chaque poussée de stupeur s'accompagne alors, outre les signes catatoniques habituels, de :

1° *fièvre légère* ($37^{\circ}8$ - 38°).

2° d'une *conjonctivite intense*, bilatérale.

3° d'une dilatation pupillaire énorme, avec cyanose et bradycardie (pouls à 50).

Tous ces signes, y compris la conjonctivite, disparaissent totalement et brusquement pendant des rémissions légères de 4 à 5 jours, pour reprendre ensuite.

Ces oscillations, et surtout l'existence concomitante de fièvre et de conjonctivite (1) éveillèrent mon attention sur la possibilité d'une infection colibacillaire.

Je pratiquai donc, le 15 novembre, en pleine poussée catatonique, et légèrement fébrile ($37^{\circ}8$), un premier examen d'urine : celui-ci resta entièrement négatif, urines claires, sans pus, et ne présenta pas de colibacilles, ni à l'examen direct, ni à la culture.

Malgré ce résultat négatif, je continuai de recueillir quotidiennement les urines du malade : or, trois jours après, le 18 novembre, brusquement, en même temps que s'atténuait le syndrome catatonique et la conjonctivite, je vis apparaître des urines troubles, mal odorantes (odeur spéciale du colibacille). L'examen cytologique et bactériologique des urines recueillies par cathétérisme dans la ves-

(1) Rappelons la valeur séméiologique bien connue de la conjonctivite dans les infections colibacillaires, valeur séméiologique soulignée notamment par Heitz Boyer.

direct, d'une décharge considérable de *bacilles, Gram négatif*, qui, à la culture, purent être identifiés comme des colibacilles.

Nous avons alors institué un traitement étiologique énergique par le sérum anticolibacillaire de Vincent en nous conformant aux données thérapeutiques établies par le P^r Vincent (1) dans le traitement de la colibacillose :

1° Injection sous-cutanée quotidienne de 30 cc. de sérum. Ces injections ont été poursuivies sans aucune interruption, depuis le 29 novembre jusqu'au 26 décembre inclus, c'est-à-dire pendant 28 jours.

2° Durant toute la durée de ce traitement sérothérapique, nous avons institué, suivant les conseils du P^r Vincent, et afin d'éviter les accidents sériques, la thérapeutique suivante : absorption chaque jour d'une potion contenant : salicylate de soude : 6 gr. ; benzoate de soude : 6 gr. ; eau de Vichy : 250 cc.

Cette potion doit être absorbée entièrement dans les 24 heures, par *prises fractionnées toutes les deux heures*. Jusqu'à présent, nous n'avons jamais observé d'accidents sériques chez les malades qui suivent ce traitement, mais il faut que les prises soient *rigoureusement fractionnées*. Il nous semble, d'autre part, que le salicylate a une action adjuvante favorable dans le traitement de la colibacillose.

3° Au traitement général précédent, nous avons associé un traitement local urinaire par des lavages du bassinnet au sérum : deux lavages ont été pratiqués par le D^r Ferrier, urologiste, que nous remercions vivement, l'un, le 11 décembre (bassinnet droit), l'autre, huit jours après (bassinnet gauche). Il est à peine besoin d'insister sur le fait que ces lavages, dont la technique est très délicate, doivent être faits par un spécialiste, et exécutés avec grande précaution, surtout chez des sujets nerveux (il faut s'abstenir de provoquer une distension du bassinnet, et injecter très peu de sérum, etc...).

4° Bien entendu, il faut soigner également l'intestin et entourer le malade des précautions hygiéniques les plus minutieuses.

Les résultats de ce traitement ont été les suivants : peu à peu, disparition du mutisme et de la stupeur. A la fin du traitement sérothérapique, l'état mental était redevenu sensiblement normal : malade gai, éveillé, très en train, s'occupant dans le service, répondant parfaitement aux questions, etc... Parallèlement, on notait une transformation impressionnante de l'état physique : disparition de la bradycardie, de la dilatation pupillaire, et de la pâleur relativement considérable de l'état général, avec augmentation de poids rapide, rétablissement de l'appétit, et des fonctions intestinales.

Toutefois, vers le début de janvier, le malade présenta un petit

(1) Voir à ce sujet VINCENT et JACQUET. — La sérothérapie anticolibacillaire. *Premier Congrès français de Thérapeutique*, Paris, oct. 1933, Doin édit.

épisode hypomaniaque : son entrain devenait excessif, le faciès euphorique, il établissait des projets mégalomaniques, prétendait qu'il allait refaire les plans de l'hôpital, renouveler le mobilier, construire des maisons de campagne pour les infirmiers, etc., graphorée, hyperactivité.

Peu à peu, cet épisode hypomaniaque s'atténua à son tour, et le malade sortit de l'établissement en excellent état physique et mental le 6 mars 1934. Malheureusement, depuis sa sortie, un nouvel examen des urines n'a pu encore être fait (1).

Cette observation nous paraît mériter les conclusions suivantes :

1° Au point de vue du diagnostic, il faut penser en présence d'un état de stupeur dont l'étiologie est incertaine, à la possibilité d'une colibacillose. Pour faire la preuve de cette colibacillose, il ne suffit pas *toujours d'un seul examen des urines*. Il est bon de pratiquer des examens répétés en raison de la possibilité d'alternance de phases de rétention, et de phases de décharges.

Il est intéressant de souligner, chez notre malade, le remarquable parallélisme des poussées catatoniques, et des phases de rétention, avec signes somatiques spéciaux, notamment fièvre et conjonctivite.

2° Cette observation montre une fois de plus les *parentés de la stupeur confusionnelle* et de la *stupeur catatonique*, qui se sont succédé chez ce malade. Nous avons à maintes reprises insisté sur ces parentés, qui se voient non seulement en clinique humaine, mais encore dans l'expérimentation animale, comme nous l'avons montré à maintes reprises.

3° Enfin, au point de vue thérapeutique, cette observation apporte un nouvel exemple de résultats favorables après sérothérapie. L'avenir dira si, dans ce cas, la guérison clinique se maintient (2). A ce point de vue, la malade dont nous avons présenté l'observation avec Devaux (Soc. méd.-psychol., nov. 1933) et qui était atteinte d'une catatonie si grave, se maintient toujours actuellement en parfait état de santé physique et mentale depuis un an et demi.

Nous n'insisterons pas sur les données générales que nous pouvons maintenant posséder sur cette question de la sérothéra-

(1) Cet examen vient d'être fait ; la colibacillurie a disparu.

(2) A une séance récente de la Société Médico-Psychologique, MM. Laignel-Lavastine, G. d'Heucqueville et P. Guilly ont rapporté un cas de psychose puerpérale avec colibacillose, traité jusqu'alors sans succès par la sérothérapie et évoluant vers la schizophrénie (Soc. Méd.-Psych., 8 février 1934).

pie anticolibacillaire de Vincent dans les psychoses, question que nous avons spécialement étudiée dans notre rapport au Congrès de thérapeutique (1). Rappelons seulement quelques principes qui nous paraissent trop souvent oubliés ; tout d'abord, la sérothérapie n'a des chances de succès que lorsqu'il s'agit d'une psychose dont l'étiologie colibacillaire est évidente, c'est-à-dire lorsqu'il existe une détermination colibacillaire importante, en pleine activité, et nettement intriquée avec les troubles mentaux (pyélonéphrite, septicémie, etc...). Lorsque ces conditions ne sont pas réunies, le traitement sérothérapique reste inopérant et est, pour le moins, inutile.

D'autre part, la technique du traitement doit être la suivante : il faut d'abord employer des doses importantes de sérum et les prolonger. Nous avons vu à plusieurs reprises des traitements consistant en 10 ccs de sérum pendant quelques jours. De tels traitements n'ont aucune valeur, et sont tout juste propres à amener des accidents sériques. Il faut injecter, à notre avis, au moins 30 ccs. de sérum chaque jour, prolonger ces injections quotidiennes pendant 15, 20, 30 jours parfois.

Il est souvent aussi indispensable de combiner le traitement général avec le traitement local (lavage du bassinet). Bien entendu, il faut toujours s'assurer, en cas de pyélonéphrites, qu'il n'existe pas de lésion locale de l'arbre urinaire (coudure de l'uretère, etc...), car ces lésions locales constituent une barrière à toute action thérapeutique, comme y a insisté Chevassu.

Enfin, il est capital d'associer à la sérothérapie, le salicylate et benzoate de soude suivant la formule de Vincent, citée plus haut.

Faute de limiter minutieusement les indications du traitement à des cas dont l'étiologie est certaine, faute de suivre une technique correcte dans l'administration de cette thérapeutique, on risque de discréditer une méthode, qui nous paraît intéressante, mais qui, jusqu'à présent, n'a pu être appliquée avec succès que dans des cas très limités.

M. René CHARPENTIER. — Le cas rapporté par M. H. Baruk mérite à tous points de vue de retenir l'attention. En écoutant son exposé rempli de faits intéressants, il en est trois qui m'ont tout particulièrement frappé.

Tout d'abord, naturellement, la disparition de l'état catatonique à la suite du traitement anticolibacillaire. Mais aussi, en second lieu, le fait que l'infection colibacillaire n'a été mise en évidence que postérieurement à l'éclosion de l'accès catatonique :

(1) Congrès de Thérapeutique française, Paris, octobre 1933, Doin éditeur.

je veux rappeler surtout que les examens systématiques faits au début de l'accès ont été, à ce point de vue, négatifs. Enfin, il ressort de l'observation et des réponses du malade : d'une part, que l'état catatonique survint après une période de dépression elle-même, semble-t-il, déclenchée par un choc émotif ; que cet état catatonique, d'autre part, se termina par un état maniaque.

De ces faits, je demande à M. H. Baruk de bien vouloir nous donner son interprétation. Ne lui font-ils pas penser qu'il a pu avoir affaire à un état de stupeur mélancolique ? Les petites élévations thermiques sont fréquentes au cours de tels états. Ils peuvent s'expliquer, par exemple, par la stase stercorale. Ces malades sont souvent peu résistants aux infections. La stase stercorale, habituelle aux états de stupeur, favorise ces infections. Ne peut-elle avoir occasionné une colibacillose, secondaire par conséquent à l'état psychopathique ? La succession des faits pourrait paraître en faveur de cette hypothèse.

M. H. BARUK. — M. René Charpentier vient de me poser une série de questions du plus haut intérêt, et qu'il est en effet très important de préciser.

Tout d'abord, en ce qui concerne les décharges intermittentes de colibacilles dans les urines, j'ai pensé qu'on pouvait les interpréter comme liées à des phases successives de rétention, puis de décharges de la pyélonéphrite. Ces faits sont bien connus dans toutes les pyélonéphrites, il est de règle en pareil cas que les périodes de rétention avec urines claires s'accompagnent de troubles généraux (fièvre, signes digestifs, etc...), troubles qui s'atténuent au moment où la rétention prend fin, et où les urines redeviennent troubles. Notre cas est donc bien conforme aux lois générales des infections du bassinet, et les poussées de troubles mentaux ont évolué parallèlement aux signes infectieux généraux. Cette interprétation m'a paru plus plausible que celle qui consisterait à considérer la colibacillose comme une simple complication tardive de la stupeur. Il me paraît en effet probable que l'infection colibacillaire a constitué la cause et non la conséquence de la psychose. Les résultats thérapeutiques mentaux obtenus par le traitement anticolibacillaire plaident dans ce sens. Sans doute, il faut être prudent dans l'appréciation de toute thérapeutique en psychiatrie, et suivre longtemps le malade afin d'avoir l'épreuve de l'évolution.

Une autre question, également de la plus haute importance, évoquée par M. René Charpentier, consiste dans les parentés du syndrome clinique présenté par notre malade avec un état maniaque dépressif. Sans doute, on ne peut pas ne pas être impres-

sionné, comme le souligne M. René Charpentier, par la succession d'un état dépressif, puis d'un état hypomaniaque. A ce point de vue, j'insisterai sur la fréquence de l'association de la catatonie et de signes de la série mélancolique au début ; ultérieurement, il n'est pas rare de voir survenir des manifestations maniaques. On trouvera dans l'admirable description de Kahlbaum, une étude très précise de toutes ces successions de syndromes. En réalité, la catatonie, de même que les états mélancoliques ou maniaques, ne constituent, à notre avis, que des syndromes susceptibles d'être déterminés par des causes variées, et de se combiner ou de se succéder dans le temps. Ce qui est capital, c'est la recherche de l'étiologie, et c'est le but principal de cette communication.

Syndrome aphaso-agnoso-apraxique-présénile. (*Contribution à l'étude de la maladie d'Alzheimer et de Pick. Présentation de malade*), par MM. Paul ABÉLY et Gaston FERDIÈRES.

P... Claude, 58 ans, originaire du Puy-de-Dôme, est entré dans notre service le 10 octobre dernier ; il venait de passer une semaine à l'Asile Sainte-Anne où l'Infirmerie Spéciale du Dépôt l'avait fait conduire : il avait en effet été trouvé errant dans Paris et n'avait pas été capable de fournir le moindre renseignement sur ses moyens d'existence, son domicile... ; d'après les notes de la Préfecture de Police, il serait venu à Paris dans le but de chercher du travail les premiers jours d'octobre ; il s'agirait d'un individu très sobre, qui aurait voyagé au Canada avant la guerre, serait décoré de la Croix de guerre et toucherait l'allocation de combattant.

Son état n'a pas varié depuis 7 mois (il a présenté cependant tout au début de son internement une légère turbulence) ; chaque jour, nous le trouvons dans la même position, inerte, assis sur son lit, le faciès vide et inexpressif, avec cependant une légère teinte de jovialité bienveillante ou d'euphorie niaise, indifférent à ce qui se passe dans la salle, les yeux largement ouverts, le regard fixe ou suivant machinalement les évolutions des autres malades, des infirmiers, le passage de la visite. D'une manière stéréotypée, il saisit avec précaution — et de sa main gauche en général — les poils de sa barbe, cherchant à les arracher et se gratte la joue, le menton, insistant longuement à la même place et produisant de multiples érosions lenticulaires. Il mange en général seul, mais renverse sur les draps une partie de la nourriture ; il avale le contenu de son assiette gloutonnement, à grandes cuillerées précipitées. Il n'est pas gâteux, prend parfois même le pas de gymnastique pour se rendre aux W.C. ; le retour est plus difficile : il erre dans la salle, raide, les bras en avant, à la recherche de son lit ou reste debout, hébété, attendant qu'on le

remette sur la bonne voie ; il cherche parfois à s'introduire dans un lit déjà occupé et rit par complaisance avec les spectateurs.

Nous ne pouvons songer à reproduire le protocole des multiples examens que nous avons fait subir à P... ; nous préférons dresser secondairement le catalogue des symptômes constatés en illustrant chacun d'eux d'un exemple caractéristique ; nous insistons cependant dès l'abord sur l'extrême variabilité de ces symptômes, non seulement d'un jour à l'autre, mais au cours du même interrogatoire ; on est frappé en effet de la fatigabilité du malade qui, au bout de quelques minutes, ne paraît plus capable de l'effort nécessaire pour répondre aux questions posées ou se trompe grossièrement au cours des différentes épreuves auxquelles on le soumet.

Il est en tout cas toujours nécessaire de captiver son attention, de poser les questions à haute voix, de les répéter sous une forme ou sous une autre en variant les intonations, de l'encourager à y répondre, de mettre en quelque sorte en route les mécanismes intellectuels de départ, d'ailleurs très rapidement épuisés :

D. — Comment vous appelez-vous ?... quel est votre nom ?... voyons, dites-moi votre nom ?...

R. — P... Claude.

D. — Quel âge avez-vous ?...

R. — P... Claude.

D. — Je vous demande votre âge, M. P...

R. — P... ah ! ce n'est pas mon âge...

C'est ainsi qu'apparaît dès maintenant la persévération, l'intoxication par le mot ou par la phrase ; dans le même temps, les phénomènes d'itération se font jour, l'écholalie au premier rang : le malade répète le plus souvent la question avant d'y répondre :

D. — Où êtes-vous né ?...

R. — Où je suis né ?... ah ! je suis né à C...

D. — Quel âge avez-vous ?...

R. — Ah ! quel âge j'ai ?... oh ! je pourrai pas y arriver... je pourrai pas l'apprendre...

Et une autre fois : je me rappelle plus mon âge, c'est drôle ça...

Le malade paraît donc se rendre compte et s'étonner de la pauvreté de sa vie psychique.

D. — En quelle année est-on ?...

R. — Quelle année est-on ? je sais pas non plus... non plus...

D. — Quelle saison ?...

R. — Quelle saison ? je ne me rappelle plus... j'y comprends plus rien... je suis désorienté, quoi !

Le malade reconnaît et nomme divers objets, une règle, un bracelet, une montre, des clefs, un livre ; il ne paraît pas présenter d'aphasie nominale au sens strict du mot et si l'on prend soin de mettre à part les phénomènes d'itération et de fatigue qui viennent singulièrement

compliquer l'examen. S'il y a aphasie, c'est en effet une aphasie qui rentre dans le cadre classique de l'aphasie de fatigue ; elle apparaît de la même manière dans la reconnaissance des couleurs :

D. — Quelle est cette couleur, M. P... ? (on lui montre du rouge).

R. — C'est rouge.

D. — Et celle-ci ?... (on lui montre du bleu), dites-moi, quelle est cette couleur ?

R. — C'est du bleu.

D. — Et celle-ci ? (on lui montre du jaune).

R. — ...je ne sais plus (il fait la moue).

D. — Quelle est cette couleur, M. P... ?

R. — ...Oh ! c'est une belle couleur... c'est très joli !

La lecture est impossible ; le malade s'arrête au milieu du titre et paraît oublier ce qu'il est en train de faire. Qu'on lui demande d'écrire ce qu'il voudra, de copier un texte ou d'obéir à la dictée, le résultat est le même : un barbouillage compliqué où l'on reconnaît difficilement son nom.

L'agnosie auditive est à peu près complète (le malade ne reconnaît pas un bruit de clefs, de papier froissé, etc...), ainsi que l'agnosie tactile (le malade ne sait pas si on lui met dans les mains une cigarette ou une pièce de monnaie).

Les troubles apraxiques sont évidents (idéo-moteurs ou idéatoires) ; ils paraissent nettement plus accentués du côté gauche.

Calcul : « 2 et 1 : 3 ; 2 et 2 : 4 » ; et la fatigue apparaît déjà : « 2 et 1 : 2 ; 1 et 1 : 1. »

Troubles de la représentation spatiale : impossibilité du test de la carte de visite et du papier troué ; incapacité d'orienter ses pantoufles dans le même sens, etc...

Nous avons gardé pour la fin la recherche des signes d'ordre somatique : la tension artérielle est de : 12/7 ; les urines ne contiennent ni sucre ni albumine ; rien à signaler du côté des poumons et du cœur ; deux seuls signes neurologiques ; a) les réflexes tendineux des membres inférieurs sont très vifs ; b) les pupilles du malade sont en myosis assez serré, régulières, très légèrement paresseuses.

Ponction lombaire : liquide céphalo-rachidien clair non hypertendu ; albumine 0,30 ; leucocytes 0,4 ; réaction du benjoin colloïdal 00000.02211.00000 ; élixir parégorique 00.0 ; réactions de Wassermann et de Meinicke négatives.

Dans le sang, réactions de Wassermann, Meinicke et Kahn négatives.

Il s'agit donc d'un malade relativement jeune, sans antécédents spécifiques, qui présente des phénomènes agnoso-apraxiques prédominants à gauche, se complétant d'une aphasie de nature très particulière et témoignant de lésions probables et dominantes de la région pariéto-temporale. Entre la maladie d'Alzheimer et la

maladie de Pick, de multiples syndromes intermédiaires peuvent être réalisés, tel celui que nous présentons aujourd'hui.

M. GUIRAUD. — Je crois, en effet, que sans examen histologique, le diagnostic entre maladie de Pick et maladie de Alzheimer est impossible. Dans celle-ci, cependant, la turbulence est plus grande et les itérations n'existent pas. M. Caron, qui vient de faire sa thèse sur la maladie de Pick, pourrait nous renseigner.

M. CARON. — Les caractères distinctifs admis par les auteurs sont tels que vient de les dire M. Guiraud. Mais on trouve dans la littérature toutes les formes intermédiaires, si bien qu'il est parfois très difficile de classer une observation dans l'une ou l'autre de ces deux maladies.

M. COURTOIS. — L'encéphalographie dans ce cas, serait peut-être capable de faciliter le diagnostic, comme elle le fit chez la malade que nous avons présentée ici à la précédente séance.

M. MARCHAND. — Si ce malade avait dix ans de plus, sur quels éléments s'appuierait-on pour dire qu'il ne s'agit pas tout simplement d'une démence sénile ?

M. GUIRAUD. — Rapidité du début, perte de l'expression mimique, perte de l'attitude sociale, énormité de l'agnosie, et de l'apraxie n'existent pas dans la démence sénile.

**Réaction méningée subaiguë dans l'alcoolisme chronique,
par M. A. COURTOIS et M^{lle} E. JACOB.**

Chez les alcooliques d'habitude, à côté de la méningite chronique qui peut se manifester par de légères altérations du liquide céphalo-rachidien (albumine 0,40, 0,60 ; extension de la précipitation du benjoin dans la zone méningitique), on trouve parfois des modifications du liquide beaucoup plus importantes et assez durables pour faire penser à une méningite subaiguë ou à une poussée subaiguë au cours d'une méningite chronique.

Les deux exemples suivants nous paraissent à classer dans cette catégorie de faits.

OBS. 1. — Leg., 51 ans, chauffeur de locomotive, entre au service d'observation de l'hôpital Henri-Rousselle, le 24 avril 1934 avec le diagnostic de paralysie générale probable.

Le père est mort dément à 68 ans. Une sœur s'est suicidée. Deux enfants bien portants ; deux sont morts, l'un à 15 mois de convulsions, l'autre à 3 ans de méningite.

Mécanicien sur le réseau de l'Etat, Leg. a été placé aux ateliers, il y a 3 ans, après avoir failli provoquer un très grave accident en entrant à la gare Montparnasse. Depuis quelques mois déjà, ses camarades avaient remarqué certains troubles, en particulier de l'inattention et des oublis. Un an plus tard, il fallut le mettre à la retraite.

Depuis très longtemps il faisait des excès alcooliques (vin, apéritifs, pernod). En 1928, il avait présenté une crise convulsive d'allure comitiale avec perte de connaissance pendant une demi-heure environ, morsure de la langue et amnésie consécutive.

En 1929, Leg. est traité à Saint-Louis par des piqûres, bien que les examens du sang et du liquide céphalo-rachidien pratiqués soient restés négatifs.

Les crises convulsives se répètent dans la suite trois à cinq fois par an en moyenne.

La dernière crise avant l'hospitalisation remonte à 6 mois.

Depuis un mois, les troubles mentaux s'accroissent et inquiètent l'entourage. Leg. est devenu complètement inactif, se perd dans les rues, ne sait plus où il se trouve. Un médecin spécialisé l'adresse dans le service avec le diagnostic de paralysie générale.

A son entrée, le malade est dans un état d'obnubilation profonde avec onirisme ; il passe son temps à chercher les « fils » qu'il voit dans sa chambre. Cela dure une quinzaine de jours.

Puis l'onirisme disparaît et les signes d'affaiblissement intellectuel deviennent manifestes. Leg. est complètement désorienté. Les troubles de la mémoire portent sur les souvenirs anciens et récents ; il est incapable de donner aucun renseignement sur l'évolution des troubles qu'il présente. Il n'en a pas conscience et reste sans inquiétude. La mémoire de fixation est quasi-nulle. De son métier, il ne peut donner que des renseignements enfantins, souvent absurdes : une locomotive consomme 125 grammes ou 25 kilos de charbon aux 100 km., etc...

Dans le service, le malade a présenté à deux reprises des vertiges simples avec pâleur, fixité du regard, obnubilation consécutive et amnésie, mais sans convulsions, sans chute ni miction involontaire.

Nous insistons sur l'aspect physique de ce malade : son faciès hébété, son nez, ses pommettes, ses extrémités cyanosées. Il a une certaine dysarthrie : tremblement digital et lingual marqué. Les réflexes tendineux sont conservés et égaux des deux côtés.

L'examen du cœur est négatif. T.A. 19-9 (Vaquez). L'examen oculaire (D^r Lagarde) décèle une légère inégalité pupillaire (D. +). Le réflexe photomoteur est conservé mais lent, les autres réflexes, le fond d'œil, le champ visuel sont normaux.

Sang : Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn négatifs. Examen hématologique : globules rouges : 4.340.000. Hémoglobine à 73 %. La valeur globulaire : 0,84. Globules blancs : 10.800. La formule leucocytaire révèle une certaine mononucléose. Moyens mono. 15, grands mono. 15 ; lymphocytes 24, poly. neutro. 43, éosinophiles 3 (Mlle Salamon).

Deux ponctions lombaires ont donné les résultats suivants :

	Dates : 24 avril	5 mai
Tension	38 (assis)	60-30 (assis)
Albumine	0,60	0,60
Pandy	+	+
Weichbrodt	+	+
Leucocytes	135	138
Benjoin	00000.02222.00000	00000.02222.20000
Bordet-Wassermann .	0	0
Meinicke	0	0

Dans la deuxième ponction le pourcentage leucocytaire donne 77 lymphocytes et 23 moyens mononucléaires. Vernes à la résorcine : 27 (normal) (1).

Obs. II. — Th., 46 ans, chauffeur de taxi, entre au service d'observation de l'hôpital Henri-Rousselle le 12 février 1934 avec le diagnostic d'angiospasmés cérébraux chez un alcoolique chronique.

Pas de syphilis connue, mais la notion d'un paludisme ancien et d'une grippe avec délire en 1918. C'est un alcoolisé chronique qui a bu surtout du vin (plusieurs litres quotidiens) et consomme encore environ un litre de vin rouge tous les jours.

En 1928, après une période d'une semaine caractérisée par des céphalées violentes, Th. présente un ensemble de phénomènes étiquetés « congestion cérébrale » ; il sent son visage se crispier et se dévier vers la gauche, il grince des dents, devient pâle, dit l'entourage, il a la sensation passagère que ses membres sont paralysés, d'un seul ou des deux côtés. En même temps il a des difficultés à parler. Le malade ne perd pas connaissance et reste conscient de ces phénomènes qui durent 4 à 5 minutes et se reproduisent deux ou trois fois les cinq jours suivants.

En août 1933, les mêmes symptômes se reproduisent de façon à peu près identique.

Fin janvier 1934, Th. présente à nouveau un épisode semblable qui paraît cependant avoir été plus grave : en prenant un bain de pieds il a du strabisme, la sensation de paralysie des membres, du bredouillement de la parole, il perd connaissance. Et cette fois il ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé.

Entre temps, il a fréquemment des bourdonnements d'oreille et se plaint de céphalées.

Il avoue des excès éthyliques anciens mais nie toute imprégnation récente importante.

A son entrée dans le service le 12 février 1934, 15 jours environ après le dernier épisode comitial, il se présente avec un faciès « congestif » et souffre encore de céphalées.

(1) Une 3^e ponction pratiquée fin mai, montre encore 35 leucocytes.

L'examen mental met en évidence des signes de léger déficit intellectuel caractérisés par des troubles de la mémoire, portant surtout sur la mémoire de fixation.

Il a une légère dysarthrie spontanée. Le reste de l'examen neurologique est négatif : les réflexes tendineux des membres supérieurs et inférieurs sont vifs mais égaux des deux côtés ; les réflexes cutanés sont conservés, il n'y a pas de tremblement appréciable, la force musculaire est normale.

L'examen oculaire (D^r Lagarde) reste négatif ; les pupilles sont égales et réagissent à la lumière comme à l'accommodation. Acuité visuelle, fond d'œil, champ visuel sont normaux ; il n'y a pas de nystagmus.

L'examen du cœur ne met en évidence aucune lésion orificielle. T.A. 16 1/2-9 (Pachon).

L'examen complet des urines est négatif.

Sang : Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs.

Les examens du liquide céphalo-rachidien ont fourni à une semaine d'intervalle les résultats suivants :

	Dates : 12 février	19 février
Tension	30-20 (couché)	26 (assis)
Albumine	0,35	0,70
Pandy	0	+
Weichbrodt	0	+
Leucocytes	113	120
Benjoin	00000.02220.00000	00000.02222.00000
Bordet-Wassermann .	0	0
Meinicke	0	0

Depuis les premiers troubles, il y a 6 ans, Th. est considéré comme un artérioscléreux et traité par des composés iodés. Il a reçu en outre récemment une série de 10 injections d'Angyoxyl.

Après sa sortie (28 février), Th. n'a plus présenté de nouveaux phénomènes pathologiques, il suit un traitement gardénalique régulier et malgré nos avis a repris sa profession de chauffeur de taxi.

Les deux malades dont les observations précèdent sont deux alcooliques chroniques dont le syndrome mental offre certaines similitudes que nous résumons brièvement ainsi.

A peu près vers le même âge, vers 45 ans, sont apparus des accidents comitiaux complets chez l'un (obs. 1) atténués chez l'autre (paralysie passagère des membres avec convulsions de la face sans d'habitude perte totale de connaissance). Ces phénomènes sont rares dans les deux cas — quelques crises par an.

En même temps, plus lentement dans le deuxième cas, l'affaiblissement intellectuel apparaît ; il aboutit assez vite chez le pre-

mier malade à un état démentiel profond qui rappelle beaucoup la paralysie générale. Nous ne retiendrons pas ce diagnostic ni celui, cependant toujours possible, d'une tumeur cérébrale. D'ailleurs, des examens complémentaires seront pratiqués prochainement chez le premier malade.

Les modifications du liquide céphalo-rachidien où la lymphocytose l'emporte sur l'augmentation de l'albumine et des globulines ne paraissent pas non plus en faveur d'un accident vasculaire cérébral (hémorragie). Même à la première ponction, le liquide est parfaitement clair, on ne trouve pas d'hématies fraîches ou altérées, le benjoin n'offre pas les anomalies habituelles après une hémorragie, les réactions de Meinicke restent négatives. Mais le taux de l'albumine ne diminue pas d'une ponction à l'autre et passe même de 0,35 à 0,70, dans le cas II. Enfin et surtout, la lymphocytose reste stable, sans tendance à une diminution rapide comme cela s'observe après une hémorragie cérébrale ou cérébro-méningée.

Pour les mêmes raisons, ces cas paraissent également différents de ceux où des modifications liquidiennes surviennent chez des alcooliques chroniques immédiatement après une crise épileptique. Alors aussi le retour à la normale est également très rapide (1).

Peut-on penser à une pachyméningite hémorragique ? Bien qu'il n'existe pas de signes de compression, bien que les accidents épileptiques ne présentent pas des caractères bravaï-jacksoniens bien précis, bien qu'on n'ait pas constaté de xanthochromie du liquide céphalo-rachidien, ce diagnostic ne peut être absolument écarté. Cependant, nous pensons plutôt que les modifications du liquide que nous avons observées traduisent une réaction subaiguë des méninges de ces deux alcooliques chroniques (2).

Mais pourquoi est-elle si intense ? Rappelons d'abord qu'il n'existe chez nos sujets aucun signe clinique, soit local (raideur de la nuque, Kernig...), soit général (vomissements, fièvre...) de méningite aiguë. Le liquide est clair, la leucocytose est à grande prédominance lymphocytaire. Le benjoin n'offre pas un type de précipitation méningitique, la précipitation ne s'étend au 11^e tube que dans un cas, comme cela s'observe bien souvent dans l'alcoolisme chronique, la réaction de Vernes est normale, les réactions de la syphilis négatives dans le sang comme dans le liquide.

(1) E. TOULOUSE, A. COURTOIS et H. PICHARD. — *Soc. clin. de Méd. ment.*, juillet 1929 et A. COURTOIS et H. PICHARD. — *Soc. clin. de Méd. ment.*, janvier 1930.

(2) Voir : VILLARET, SAINT-GIRONS et CAPOULADE, cité par LÉVY-VALENSI : *Précis de Psychiatrie*, 1926, p. 342.

Aussi les méningites aiguës peuvent donc être éliminées.

Mais pourquoi une telle réaction méningée s'observe-t-elle si rarement au cours de l'alcoolisme chronique ? La lymphocytose rachidienne mesurée chez des centaines d'alcooliques chroniques même épileptiques, reste d'habitude normale. Peut-être s'agit-il d'abord d'une rareté apparente, ces réactions méningées leucocytaires pouvant être peu durables. Sans doute aussi, le rôle du terrain est-il important et à ce sujet rappelons que le malade de l'observation II avait présenté en 1918 une complication encéphalique grave au cours de la grippe.

Tentative de suicide par la hache, d'un alcoolique, au début d'une paralysie générale, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE, Georges D'HEUCQUEVILLE et Michel GAUTIER.

Les tentatives de suicide, psychopathiques ou non, se répartissent (médecins et sociologues tombent d'accord sur ce point), selon des proportions quasi-fixes pour chacun des modes de destruction employés (pendaison, noyade, etc...). Les tentatives par la hache ne figurent pas dans les statistiques : ce procédé aberrant indique chez l'auteur une perversion, intellectuelle ou affective, plus profonde que tous les procédés courants : il apparaît aussi étrange, monstrueux, que les auto-mutilations de certains hétérophréniques. Voici un cas où il a été mis en œuvre par un alcoolique au début d'une paralysie générale :

Le malade, âgé de 45 ans, présentait, depuis un an, des modifications de l'humeur, devenait violent, perdait, en conséquence, son emploi de contrôleur de la S.T.C.R.P. Vagues idées délirantes de préjudice. Mais la nuance mélancolique domine : le malade travaille avec ténacité à se détruire. Il se procure un revolver qui lui est confisqué. Il se taillade le côté droit du cou avec son rasoir.

Enfin, profitant d'un instant d'inattention de son entourage, il saisit une hachette à deux mains, et se frappe le crâne, à douze reprises avec le tranchant. Le cuir chevelu est entaillé profondément, mais le crâne résiste et n'est pas entamé.

A l'hôpital, il apparaît en état de stupeur, inerte, la face inexpressive, l'œil fixe, les paupières sans battement. Semi-mutisme. En insistant longuement, on obtient néanmoins quelques réponses pénibles. On peut ainsi mettre en évidence, chez ce malade, un affaiblissement intellectuel avancé : désorientation totale, difficulté extrême des associations ; l'écriture et le calcul automatique sont conservés. Aucune explication, aucune indication, verbale ou mimique, sur ses tentatives de suicide.

L'examen physique révèle l'existence d'un syndrome de paralysie générale : signe d'Argyll-Robertson, exagération diffuse des réflexes, trémulation discrète au niveau des doigts, de la langue et de la face, surtout à gauche, achoppement aux mots d'épreuve. Force musculaire et sensibilité peu diminuées.

Bruits du cœur normaux, tension artérielle : 18/7, à l'oscillomètre. Foie augmenté de volume, percutable sur sept travers de doigts, débordant en bas le rebord costal.

Liquide céphalo-rachidien : sous tension ; albumine : 0,55 ; sept lymphocytes ; réactions spécifiques positives ; benjoin colloïdal : 0001.2022.2221.0000. L'hypothèse de méningo-encéphalite diffuse spécifique n'est plus douteuse : on apprend, du reste, par la suite, que le malade a reçu plusieurs traitements d'arséno-benzols.

Il faut noter qu'à la suite de la ponction lombaire, l'aspect du malade s'est transformé : il s'est dégagé de sa stupeur, sa physionomie s'est animée, il marmonne à présent toute la journée des paroles décousues.

La question que pose ce malade est, à notre sens, la suivante : quels rôles ont respectivement joué, dans le déterminisme de son étrange tentative, l'affaiblissement démentiel de la paralysie générale et la déviation affective, si particulière, faite d'irritabilité, d'aigreur, d'anxiété, propre aux alcooliques chroniques.

M. GUIRAUD. — Est-ce parce que les auteurs trouvent l'internement contre-indiqué que ce malade est en traitement dans un service ouvert ?

M. D'HEUCQUEVILLE. — Le malade, conduit à l'hôpital par les agents, y a reçu les soins immédiats et sera interné ce soir.

Coma gardénalique traité à la période agonique par l'oxygène associé à la strychnine, par MM. A. COURTOIS, A. BELEY et M. ALTMAN.

Nous rapportons la brève observation suivante, pour montrer l'aide décisive que peut apporter l'oxygénothérapie (1) au cours des intoxications graves. Il s'agit ici d'une intoxication barbiturique, dont l'évolution était considérée comme fatale, à très brève échéance.

Mme D., 37 ans, délirante mélancolique et persécutée, entre au service d'observation de l'hôpital Henri-Rousselle, le 14 avril 1934,

(1) R. DUPOUY et M. DELAVILLE. — *Encéphale*, mars 1934, p. 151.

à l'occasion de sa troisième tentative de suicide par intoxication barbiturique.

Elle a ingéré, vers 7 heures 1/2, le matin de son entrée, 31 comprimés de gardénal à 0,10. Elle nous arrive, 3 heures après, dans un état peu alarmant.

Quoique somnolente et répondant avec une certaine lenteur aux questions, rien n'indique encore l'approche du coma ; la température est normale à 37° ; le pouls régulier et bien frappé à 64 pulsations. Aussi, et en raison du délai assez long déjà écoulé depuis l'ingestion du toxique, on ne pratique pas de lavage d'estomac.

D'ailleurs, la journée du 14 avril se passe sans incident. Cependant, la somnolence augmente, atteignant, vers 19 heures, un état de coma vigile : sommeil véritable, avec réponse aux excitations sensibles et aux appels, conservation des réflexes tendineux et pupillaires. Température, 36°9. La malade urine beaucoup, et, du reste, tout au long de son état alarmant, la diurèse sera conservée.

Le lendemain, 15 avril, à la visite du matin, on trouve la malade dans un coma très profond. Aucune excitation ne peut la tirer de sa torpeur ; les réflexes tendineux s'affaiblissent ; les membres soulevés retombent absolument flasques. Un début d'escarre fessière apparaît. Les pupilles restent normales et réagissent bien à la lumière ; la respiration demeure ample et régulière. Gâtisme urinaire. Température : 38°1. Pouls : 100.

Voici le traitement institué au cours de la journée du 15 avril :

— 8 ampoules de D.D. (huile d'olive ricinée et lécithinée, additionnée d'insuline) (1), produit préconisé par MM. Dupouy et Delaville dans la cure des toxicomanes, et utilisé ici dans l'espoir d'aider à la libération des cellules nerveuses imprégnées de toxique.

— 5 injections (dont une intraveineuse), de 5 mgr. de sulfate de strychnine, soit 2 1/2 centigrammes.

— 1 ampoule d'adrénaline à 1/1000 et 3 injections de sparto-camphre.

Malgré ce traitement, l'aggravation se poursuit rapidement au cours de la nuit suivante. Et le 16 avril, au matin, la malade est dans un état désespéré : coma complet, tous les réflexes tendineux, pupillaires et cutanés sont abolis ; la respiration est rapide et superficielle, les bronches sont encombrées d'une écume abondante ; râles agoniques. Température 39°5. Pouls incomptable. Cyanose de la face et des extrémités. La terminaison fatale paraît imminente.

C'est à ce moment que l'on essaie l'*oxygénothérapie* : respiration artificielle prolongée, pratiquée en position ventrale, respiration d'oxygène au masque (appareil des pompiers de Paris). On injecte encore dans la veine un centigramme de sulfate de strychnine. Bientôt se produit une expectoration abondante d'un liquide verdâtre et peu aéré, qui encombrait les voies pulmonaires ; la respiration se

fait plus régulière et plus ample ; la cyanose disparaît progressivement. Mais le coma reste aussi complet.

On continue alors l'oxygène en injections sous-cutanées : trois litres et demi sont insufflés au cours de la journée. Sulfate de strychnine, quatre centigrammes au total. Sérum glucosé intra-veineux : 500 cc. Adrénaline et sparto-camphre.

A 14 heures, la respiration est toujours profonde et régulière ; les réflexes de défense réapparaissent. Température : 39°3.

On cesse alors toute médication strychnique, et, avec la seule oxygénothérapie sous-cutanée (deux litres dans la journée suivante), associée à une nouvelle injection intra-veineuse de sérum glucosé (250 gr.), l'amélioration se poursuit le 17 avril. Réapparition progressive de tous les réflexes ; d'abord, les réflexes pupillaires, puis les réflexes cutanés ; enfin, les réflexes tendineux. La température à 39°5 au matin, tombe à 37°8 le soir.

La malade sort progressivement du coma, fait quelques mouvements volontaires et essaie de répondre quand on lui parle. Elle ne peut cependant s'alimenter seule, la langue est sèche. On injecte deux litres de sérum physiologique sous-cutané.

Le 18 avril, la malade est définitivement hors d'affaire. Elle sort en bon état physique le 21 avril.

L'analyse des urines pratiquée le 15 avril, a révélé une légère albuminurie (0,40). Azotémie : 0,33 ; glycémie : 0,85 (18 avril).

Quels sont les enseignements de cette observation ? Plusieurs particularités sont d'abord à retenir : 1° l'apparition tardive, 12 à 15 heures après l'ingestion du toxique, d'un état comateux grave ; 2° cette femme venait déjà de faire récemment deux autres tentatives de suicide moins graves avec le même médicament (nous n'avons pu faire préciser les doses employées) ; 3° malgré la dose relativement peu élevée de gardénal (3 gr. 10) ; malgré l'apparition tardive du coma, l'état s'avéra rapidement très grave ; le lendemain de l'entrée, une escarre fessière précoce apparaissait et la fièvre (38°1-38°4). Le jour suivant, la malade est à l'agonie ; la température monte à 39°5, les réflexes tendineux sont abolis ; les tonicardiaques, la strychnine 2 1/2 centigrammes paraissent sans effet. C'est alors que « pour essayer quelque chose », on pratique des inhalations d'oxygène pur (1) suivies d'injections sous-cutanées. Presque immédiatement, l'état général est transformé — la malade reste comateuse, mais le pouls redevient perceptible, la respiration plus ample et facile. On injecte encore cinq centigrammes de sulfate de strychnine.

(1) Ch. Flandin et J. Bernard ont utilisé déjà le carbogène en inhalations. *Soc. Méd. des Hôp. Paris*, 25 décembre 1933.

Le soir même, la malade fait quelques mouvements et sort progressivement du coma.

Nos conclusions seront brèves, il nous semble légitime de conseiller dans le traitement du coma gardénalique d'associer à la strychnine — dont l'action avait d'abord paru spécifique mais que des échecs commencent à faire discuter — l'oxygénothérapie en inhalations et en injections sous-cutanées, surtout lorsque comme dans notre cas, apparaissent des phénomènes évidents d'asphyxie.

M. RONDEPIERRE. — Les doses de strychnine employées généralement sont beaucoup plus fortes : plusieurs centigrammes en 24 heures, et leur efficacité n'est pas toujours aussi absolue qu'on le prétend. J'ai vu mourir une femme qui, transportée à Necker cinq heures après l'absorption d'un tube de gardénal, fut emportée au bout de 36 heures par une crise d'œdème aigu du poumon, bien qu'elle ait reçu 16 centigrammes de strychnine.

La séance est levée à midi.

Les Secrétaires des séances,
P. COURBON et P. ABÉLY.

Séance du Lundi 28 Mai 1934

Présidence : M. Roger MIGNOT, président

Adoption du procès-verbal

Le procès-verbal de la séance du lundi 23 avril 1934 est adopté.

Correspondance

M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général*. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le Professeur Henri CLAUDE, *membre titulaire*, qui remercie de la sympathie exprimée par les membres de la Société à l'occasion de son grand deuil ;

une lettre de M. le D^r Georges LERAT, de La Rochelle, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre titulaire* ;

une lettre de M. le D^r André LE GRAND, de Lille, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre correspondant national* ;

une lettre de M. le D^r Maximiliano RUEDA G., de Bogota, qui remercie la Société de l'avoir élu *membre associé étranger* ;

une lettre de M. le D^r Henri EX, *membre correspondant national*, qui adresse à la Société un volume qu'il vient de faire paraître chez Alcan sous le titre : « *Hallucinations et Délire. Les formes hallucinatoires de l'automatisme verbal* », ouvrage dont le manuscrit a obtenu de la Société Médico-psychologique le Prix Belhomme (1933) ;

des lettres de M. le D^r Marcel CARON, de Paris, de M. le D^r Pierre LÉCULIER, de Saint-Yrie, de M. le D^r Pierre MARECHAL, de Paris, tous trois reçus au Concours de 1934 de médecin des Asiles publics d'aliénés, et qui demandent à faire partie de la Société au titre de *membre correspondant national* : la Société désigne une Commission composée de MM. DESRUELLES, MARCHAND, et G. COLLET, rapporteur, pour l'examen de ces candidatures : le vote aura lieu à la séance du lundi 25 juin 1934 ;

une lettre de M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE, président de l'*Office d'orientation pédagogique et professionnelle*, demandant à la Société de se faire représenter par l'un de ses membres auprès d'un Comité chargé d'élaborer un projet concret d'établissement médico-

pédagogique modèle : la Société désigne M. René CHARPENTIER, *Secrétaire général*, pour la représenter.

Date de la séance du mois de Juillet

La Société décide, comme les années précédentes, de ne tenir au mois de juillet qu'une seule séance qui aura lieu le *jeudi 12 juillet 1934*, à 9 heures 30 très précises, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, dans l'Amphithéâtre Magnan (Paris, XIV^e arrondissement).

Date de la séance du mois d'Octobre

La Société décide de ne tenir au mois d'octobre qu'une seule séance qui aura lieu le *lundi 22 octobre 1934*, à 4 heures très précises, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris.

Conformément à l'article 3 de son Règlement, la Société ne tiendra pas de séance pendant les mois d'août et de septembre.

Dîner annuel

La Société décide de rétablir, à partir de 1935, le dîner qui suit, au mois de mai de chaque année, la séance au cours de laquelle sont décernés les prix de la Société. Elle décide d'inviter à ce dîner, comme par le passé, les lauréats des prix décernés le même jour.

Exceptionnellement, cette année, le dîner aura lieu à la suite de la séance du *lundi 22 octobre 1934*.

Election de 2 membres correspondants nationaux

Après lecture d'un rapport de M. SENGÈS, au nom d'une Commission composée de MM. TRUELLE, HEUYER et SENGÈS, sur les titres de M. le D^r A. DONNADIEU, de Vauclaire, et de M. le D^r Pierre Lôo, de la Charité-sur-Loire, il est procédé au vote :

Nombre de votants	25
Majorité absolue	13

Ont obtenu :

M. le D ^r A. DONNADIEU	25 voix
M. le D ^r Pierre Lôo	24 —

M. le D^r A. DONNADIEU, de Vauclaire, et M. le D^r Pierre Lôo, de La Charité-sur-Loire, sont élus *membres correspondants nationaux* de la Société Médico-psychologique.

Election de 3 membres associés étrangers

Après lecture d'un rapport de M. Paul COURBON, au nom d'une Commission composée de MM. André BARBÉ, René CHARPENTIER et Paul COURBON, sur les titres de M. le Professeur Smith Ely JELLIFFE, de New-York, de M. le D^r L.-R. SANGUINETI, de Milan, et de M. le D^r Paul VERSTRAETEN, de Gand, il est procédé au vote.

Nombre de votants	25
Majorité absolue	13

Ont obtenu :

M. le D ^r Smith Ely JELLIFFE	25 voix
M. le D ^r L.-R. SANGUINETI	25 —
M. le D ^r Paul VERSTRAETEN	25 —

M. le D^r Smith Ely JELLIFFE, de New-York, M. le D^r L.-R. SANGUINETI, de Milan, et M. le D^r Paul VERSTRAETEN, de Gand, sont élus *membres associés étrangers* de la Société Médico-psychologique.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ

I. Prix Aubanel (3.000 francs)

Rapport sur le mémoire présenté pour le prix Aubanel

M. LÉVY-VALENSI. — La Commission du *prix Aubanel* que vous avez désignée, composée de MM. G. DUMAS, ROGUES DE FURSAC et LÉVY-VALENSI, n'a eu à examiner qu'un mémoire, celui de M. le D^r Pierre MASQUIN : le sujet proposé était : « *Conséquences cliniques, anatomobiologiques et thérapeutiques de la Malaria-thérapie dans la Paralysie générale* ».

Ce travail très complet est, en même temps qu'une parfaite mise au point de cette importante question, une œuvre personnelle remarquable par le nombre de cas observés et la durée de l'observation. Nous serons très brefs sur la partie documentaire et nous étendrons plus longuement sur ce qui est personnel et, au demeurant, nous intéresser davantage : les résultats.

Les observations, base de ce travail, recueillies à la Clinique de M. le Professeur Claude, sont au nombre de 320, réparties sur neuf années (1924-1932). Les malades ont été traités par le *plasmodium*

vivax en injection sous-cutanée, exceptionnellement intra-veineuse. Le nombre d'accès provoqués a été de 8 à 10, la médication consécutive, arsenicale et bismuthique.

L'auteur signale en passant les contre-indications parmi lesquelles on ne doit plus compter la grossesse, les complications heureusement assez rares, insistant en particulier sur les précautions à prendre afin d'éviter le refroidissement des sujets, facteur de complications pulmonaires.

La période fébrile et les quelques jours qui lui succèdent peuvent être marqués par des manifestations délirantes de type maniaque, mélancolique, onirique, démentiel, stuporeux, catatonique, les trois dernières de mauvais pronostic.

Parmi les manifestations morbides observées chez les paralytiques généraux, Masquin croit qu'il faut distinguer celles ressortissant à des *lésions* et celles qui extériorisent des troubles purement *dynamiques*, ces dernières exagérant parfois l'aspect clinique des premières mais réagissant seules favorablement aux actions thérapeutiques.

Pour suivre les progrès psychiques et apprécier l'état démentiel des sujets, l'auteur rappelle les tests dont avec M. le P^r Claude il a proposé l'emploi.

La rémission se produit quelquefois entre le 4^e et le 5^e accès, plus souvent après la période fébrile, assez souvent au bout de plusieurs mois. Les progrès sont d'abord rapides, puis, après un arrêt en palier, se font beaucoup plus lentement.

Les résultats sont répartis en quatre groupes :

A. *Bonne guérison : Guérison complète, avec reprise de l'état social antérieur.*

B. *Assez bonne guérison : Le sujet est obligé de se contenter d'une situation inférieure.*

C. *Rémission médiocre : Le sujet n'est plus capable que d'une vie familiale.*

D. *Rémission nulle : Malade à maintenir à l'asile.*

L'atténuation ou la disparition des signes neurologiques et biologiques est de moins en moins appréciable à mesure que l'on s'éloigne du premier groupe. Les signes pupillaires, dans les observations de l'auteur, n'ont jamais varié.

Le tableau suivant montre ce que deviennent les paralytiques généraux impaludés : *immédiatement après le traitement, puis après plusieurs années, neuf ans dans quelques cas.*

RÉSULTATS IMMÉDIATS	RÉSULTATS TARDIFS	RÉSULTATS GLOBAUX
Bonnes améliorations 13,2 %	Maintenues..... 94,3 % Nulles..... 2,85 % Morts..... 2,85 %	23,6 %
Assez bonnes améliorations..... 21,2 %	Maintenues..... 45 % Bonnes améliorat... 38 % Médiocres..... 7 % Nulles..... 4 % Morts..... 6 %	17,6 %
Rémissions médiocres 28,4 %	Maintenues..... 34,5 % Assez bonnes..... 20,6 % Bonnes..... 10,3 % Nulles..... 14 % Morts..... 20,6 %	17,7 %
Résultats nuls.. 32,8 %	Maintenus..... 34 % Médiocres..... 14,8 % Assez bons..... 6,4 % Morts..... 44,8 %	18,7 %
Morts..... 4,4 %		23,8 %

Ainsi tous les résultats tendent à s'améliorer et, au total :

Récupération sociale totale ou subtotalé	41,2 %
Vie familiale possible	17 %
Malades d'asile	18 %
Décès	23,8 %

Ce chiffre de 41,2 % est impressionnant lorsque par la pensée on se reporte à un passé encore bien proche.

L'auteur envisage aussi la question de l'épilepsie post-malarique qu'il ne croit pas en relation avec le processus parasitaire mais avec l'excitation d'une lésion cortico-méningée. De même, il ne voit dans les délires tardifs, qu'il désigne sous le nom de *paraphrénies paralytiques*, que l'apparition de manifestations post-oniriques ou constitutionnelles prenant droit de cité grâce à la rémission thérapeutique.

Une étude schématique des lésions méningo-corticales de la paralysie générale précédant celle des modifications observées, par les Allemands surtout, sur le cerveau de paralytiques impaludés, conduit l'auteur à admettre avec les premiers auteurs de cette théorie, Strausler et Koskinas, et en dépit des contradictions, que l'infection malarique, après un stade d'aggravation, transforme les lésions diffuses de la méningo-encéphalite en lésions de syphilis cérébrale. A la

paralysie générale apparue sur un terrain *anallergique* (Dujardin) va succéder une syphilis cérébrale, développée grâce à un retour à l'allergie, ainsi qu'en témoigne la réapparition de la réaction cutanée à la lutéine

L'auteur termine en insistant sur l'importance des réactions biologiques, de la ponction lombaire répétée en particulier, pour le diagnostic de la maladie, l'appréciation des résultats thérapeutiques et le dépistage d'une rechute ; il admet néanmoins, dans des cas exceptionnels, la possibilité de paralysie générale avec liquide céphalo-rachidien négatif.

Ce travail, consciencieusement élaboré, méthodiquement construit, clairement exposé, abonde en observations originales, en tableaux et en schémas ingénieux et démonstratifs, sa documentation importante peut être précieuse à quiconque s'intéresse à l'impaludation des paralytiques généraux.

Votre Commission vous propose donc de décerner le prix Aubanel à M. Pierre Masquin.

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

Le Prix Aubanel pour 1934 est décerné à M. le Dr Pierre MASQUIN.

Question posée pour le prix Aubanel à décerner en 1937

Sur la proposition de la Commission, la Société choisit comme sujet du concours pour le prix Aubanel à décerner en 1937 (3.000 francs) la question suivante : « *Existe-t-il des relations entre la psychose périodique et la démence précoce ?* »

II. Prix Moreau de Tours (200 francs)

Rapport sur les mémoires présentés pour le prix Moreau de Tours

M. SENGÈS. — Messieurs, Vous avez désigné une Commission composée de MM. TRUELLE, HEUYER et SENGÈS, rapporteur, pour examiner les mémoires déposés pour le prix Moreau de Tours. Deux mémoires ont été déposés, mais l'un d'eux ayant été envoyé après les délais réglementaires, n'a pu être retenu. Il reste donc à examiner un seul mémoire, la thèse de M. André BELEY sur *l'Enfant Délinquant* (Pathogénie et prophylaxie de ses actes antisociaux).

M. Beley divise son sujet en deux parties : une partie médicale théorique, ou plus exactement technique, et une deuxième partie pratique, la partie sociale, la prophylaxie et le traitement social. Etudiant d'abord le futur délinquant, M. Beley croit trouver dans l'instabilité qu'il décrit soigneusement, le terrain favorable à l'éclosion ou au

développement de la délinquance. Mais l'instabilité est un facteur d'ordre trop général. M. Beley s'applique donc à dissocier cette notion et à éliminer les sujets qui sont, en outre, des arriérés, des débiles ou des déments, cas dans lesquels l'instabilité ne joue qu'un rôle secondaire ou d'appoint. Il reste donc les instables avec troubles du caractère, de l'humeur ou de l'émotivité, ce qui permet de distinguer : 1° les émotifs, 2° les schizônes, 3° les paranoïaques, 4° les cyclothymiques, 5° les pervers. M. Beley conserve, malgré la critique qu'il fait de cette notion, le terme de constitution — disposition permanente, rarement acquise, le plus souvent héréditaire.

Dans le groupe des pervers il faut distinguer : les *pervertis* par le milieu social et les *post-encéphalitiques* ou *organismes vrais*. Le terrain favorable à la délinquance étant étudié et précisé dans ses éléments médicaux, et secondairement, dans ses éléments sociaux et éducatifs. M. Beley étudie les délits des instables mineurs. Il les divise en : 1° délits d'occasion ; 2° les délits impulsifs ; 3° les délits de constitution vrais. Le pervers constitutionnel est le grand facteur de la délinquance infantile. Le pervers doit être écarté du milieu social alors que le reste des instables doit être soigné. M. Beley entre donc dans la partie sociale de la question, et c'est ici que son élan, et son souci de trouver dans le milieu social des organisations appropriées, lui inspirent une généreuse croisade et aussi une certaine injustice et une prévention un peu trop absolue contre ce que pourraient faire les colonies d'enfants anormaux annexées aux asiles. M. Beley paraît avoir une peur panique de l'internement même pour les enfants pervers. Il nous semble que le mot est plus effrayant que la chose (surtout si l'on pense au placement volontaire par exemple) et que la chose sans le mot n'est pas plus recommandable. Ceci dit, nous sommes parfaitement d'accord avec M. Beley pour demander que le dépistage, le traitement individuel, l'examen médico-légal des enfants anormaux délinquants, soient largement assurés, mais ceci ne suffit pas. Il faut faire passer dans la pratique les *desiderata*, les conseils, les ordonnances inspirés par le médecin psychologue et le psychiatre. M. Beley consacre son dernier chapitre à l'énumération des mesures qu'il propose : formation de médecins spécialistes, au courant de la psychiatrie infantile, théorique et pratique, augmentation de leur rôle et de leur pouvoir auprès des tribunaux d'enfants, enfin création de consultations médico-psychologiques disposant de moyens de placement. Ici M. Beley propose la création d'un *établissement officiel de prophylaxie du crime*, dans lequel seraient mis en jeu tous les procédés médicaux, éducatifs, pédagogiques pour classer par catégories, soigner, redresser, garder les différentes catégories d'enfants délinquants.

Tel est ce travail intéressant, animé d'une ardeur généreuse et auquel votre Commission vous propose d'attribuer le prix Moreau de Tours.

Ces conclusions mises aux voix sont adoptées.

Le Prix Moreau de Tours pour 1934 est décerné à M. le D^r André BELEY.

III. Prix Trénel (1.000 francs)

Rapport sur le mémoire présenté pour le prix Trénel

M. Henri BARUK. — Au nom d'une Commission composée de M. le P^r BEAUDOIN, du D^r NAYRAC et de moi-même, j'ai l'honneur d'analyser le travail de M. J.-O. Trelles, candidat au *prix Trénel* de la Société Médico-psychologique. Ce travail est intitulé : « *A propos d'un cas anatomo-clinique de maladie de Friedreich avec troubles mentaux : les lésions cérébelleuses dans la maladie de Friedreich. Les atrophies cérébelleuses avec troubles mentaux* ».

L'auteur rapporte une très belle observation clinique qu'il a étudiée avec MM. Lhermitte et Mollaret. Il s'agit d'un cas de maladie de Friedreich typique associée à des troubles mentaux importants qui ont nécessité l'internement de la malade, notamment dans le service du D^r Trénel, à l'Asile Sainte-Anne. On aurait constaté également au cours de l'évolution un diabète passager.

L'examen anatomique et histologique très minutieux du système nerveux rapporté par M. Trelles a montré, outre les lésions médullaires classiques, des lésions très importantes du cervelet. Par contre, les noyaux centraux et le cortex cérébral sont intacts.

A propos de cette si intéressante observation, M. Trelles développe des considérations originales sur la maladie de Friedreich. Il souligne l'importance des lésions cérébelleuses trop oubliées dans les travaux classiques, et sur lesquelles ont, à juste titre, insisté récemment MM. Guillain et Mollaret (thèse de Mollaret).

M. Trelles insiste d'autre part sur l'existence d'associations de lésions inflammatoires aux lésions dégénératives, lésions mises en évidence également par Estable et qui attirent de nouveau l'attention sur les conceptions de P. Marie concernant l'existence d'un facteur infectieux dans la maladie de Friedreich.

Enfin M. Trelles discute longuement le rôle et la pathogénie des troubles mentaux : on ne peut faire intervenir, dans la genèse de ces derniers, ni le rôle du cortex, ni celui des noyaux centraux, puisque ces régions sont absolument intactes. Par contre, l'auteur insiste sur la possibilité des atteintes cérébelleuses dans le mécanisme de certains troubles mentaux. Il rapproche à ce point de vue son observation des constatations histologiques de lésions cérébelleuses dans certains cas de démence précoce et dans certaines atrophies olivo-ponto-cérébelleuses accompagnées de troubles mentaux.

Ce très important travail, accompagné de très belles préparations histologiques, ouvre donc des aperçus nouveaux et nous proposons de nommer M. Trelles titulaire du prix Trénel.

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

Le *Prix Trénel* pour 1934 est décerné à M. J.-O. TRELLES, interne des Asiles de la Seine.

IV. Legs Christian (1.000 francs)

Ce prix, d'une valeur de 1.000 francs cette année, a été attribué par le Bureau de la Société (conformément à l'article II du Règlement de ce prix), à M. le Dr Pierre MARESCAL, interne des Asiles de la Seine.

Il ne confère pas le titre de lauréat de la Société Médico-psychologique.

COMMUNICATIONS

Mentalité paranoïde et mentalité primitive, par M. Georges DUMAS.

On a souvent affirmé l'analogie de la mentalité paranoïde et de la mentalité primitive.

Tanzi l'avait affirmée, en fait, en 1889, bien qu'il ne fût pas encore question de paranoïdes, à propos de malades atteints de paranoïa hallucinatoire que nous ne distinguons aujourd'hui des paranoïdes que par la systématisation plus grande des délires et leur orientation beaucoup plus extérieure qu'autistique. On trouvera des rapprochements analogues entre primitifs et paranoïdes chez Yung, chez Schilder, chez Storch. Freud, dans *Totem et Tabou*, a surtout rapproché la mentalité des malades atteints de psychose obsessionnelle et la mentalité primitive.

Je me suis livré, depuis quelque temps, à des rapprochements de ce genre en considérant surtout les malades atteints de paranoïa hallucinatoire et les paranoïdes tournés plus ou moins vers le monde extérieur. C'est dire que, pour aujourd'hui au moins, je laisse de côté les sujets orientés vers la vie intérieure.

Pour pénétrer dans la mentalité des sujets aliénés qu'il avait pris comme termes de comparaison, Tanzi avait usé d'une méthode originale, l'analyse et l'interprétation des néologismes forgés par eux.

Il est arrivé ainsi à classer ces néologismes d'une façon logique, d'après les différentes catégories, d'êtres, d'objets ou de propriétés, ou de procédés qu'ils désignent et il a formulé cette conclusion que les paranoïaques hallucinés témoignent, par leurs néologismes, d'un état d'esprit qu'il appelle « superstition ».

J'ai utilisé sa méthode et je n'écarterai sa conclusion que dans la mesure où il a admis que la « superstition » des paranoïaques se rapproche de la mentalité primitive, par ce qu'elle constitue une régression des malades vers un stade antérieur de développement humain. C'étaient là les idées de son temps ; je ne lui reprocherai pas de les avoir eues, mais il ne saurait être question de s'en servir aujourd'hui.

Il est certain que les néologismes, nous mettant en présence de ce qu'il y a de particulièrement nouveau dans la représentation d'un malade, peuvent nous éclairer beaucoup sur leur mentalité et être, pour nous, le point de départ d'analyses et d'interrogatoires productifs. Il est non moins certain qu'on y doit joindre l'analyse des mots que le malade détourne de leur sens habituel et qui sont, psychologiquement, de véritables néologismes.

Enfin, il est bien évident que, pour les paranoïaques et paranoïdes qui font des néologismes aussi bien que pour ceux qui n'en font pas, on doit toujours s'appuyer, si l'on veut pénétrer leur mentalité, sur la méthode générale d'observation clinique et psychologique.

Je ne m'arrêterai pas sur ces diverses méthodes et me bornerai à résumer leurs résultats. En les employant toutes, on arrive à constater que le malade croit en général à des êtres mystérieux capables d'agir favorablement, et plus souvent d'une façon défavorable, sur sa vie organique et mentale, connaissent son passé le plus intime et l'éparpillent au grand jour par leurs « voix », lui volent sa pensée, exercent des pouvoirs à distance par des procédés ou même des appareils aussi mystérieux qu'eux-mêmes, gouvernent des forces occultes dont ils se servent comme d'agents vis-à-vis de lui, peuvent pénétrer dans son corps et le dominer, s'emparer de ses mouvements et agir à sa place ou s'opposer aux mouvements qu'il voulait exécuter, parlent par ses organes phonateurs, etc., etc., etc.

D'autre part, les malades réagissent souvent eux-mêmes par des moyens de défense adaptés aux sévices dont ils souffrent, c'est-à-dire que, pour lutter contre les esprits et les pouvoirs mystérieux de ces esprits, ils emploient des incantations, des mots qu'ils jugent efficaces en tant que mots ; des procédés magiques, obligés qu'ils sont de suivre leurs ennemis sur le terrain de mystère où ces ennemis sont campés pour les attaquer à armes égales.

Dans cette lutte, leur personnalité se découvre des pouvoirs qu'elle ne se connaissait pas ; elle s'exalte, devient elle-même un agent chargé de facultés occultes et puissantes, etc., etc.

Tanzi constatait avec raison les analogies de cette mentalité avec la mentalité primitive telle qu'il la connaissait d'après la sociologie très insuffisamment informée de son temps, et le fait que nous connaissons mieux les primitifs par les travaux éminents d'hommes comme Lévy-Bruhl ou Preuss ne peut que nous confirmer dans l'opinion de Tanzi. Il y a des ressemblances incontestables et nombreuses entre l'âme du primitif et l'âme du paranoïde.

Nous savons de plus aujourd'hui, et certainement avec plus de précision que Tanzi, pourquoi l'âme du paranoïde enfante ce monde mystique dont nous venons de tracer le schéma.

C'est parce que nos délirants se sentent atteints dans leur unité personnelle qu'ils sont obligés d'inventer des êtres de mystère extérieurs à eux-mêmes, capables de produire en eux tous les phénomènes également mystérieux dont ils se plaignent.

Dans cette expérience, des sentiments bien connus et souvent analysés jouent un grand rôle.

Ce sont les sentiments liés à la présence d'hallucinations, sentiments assez faibles quand il s'agit d'hallucinations sensorielles, parce qu'alors, ainsi que l'a montré Ségas, l'hallucination se place d'elle-même, en s'extériorisant, sur un plan de connaissance qui est familier au malade, celui de ses sensations ; sentiments très forts au contraire, quand le malade se trouve en présence d'hallucinations psychiques, psychomotrices, motrices qui introduisent dans sa vie mentale la notion déconcertante de ce qui est objectif sans être extérieur ou qui l'atteignent dans sa spontanéité motrice en troublant profondément sa conscience de l'effort personnel et volontaire.

Les sentiments liés à l'écho de la pensée, à la violation de la vie intérieure et secrète, les sentiments de présence, d'emprise, de pénétration, d'influence, lui donnent, sous une forme tout à fait nouvelle pour lui, l'impression qu'il ne s'appartient plus à lui-même et c'est ainsi que s'établit la notion d'un monde extérieur et mystérieux sous la dépendance duquel il est désormais obligé de vivre.

Nous pourrions nous livrer, comme plusieurs aliénistes l'ont fait, à un travail minutieux de comparaison qui rapprocherait, point par point, le bilan de la mentalité paranoïde, telle que nous venons de la caractériser brièvement, et le bilan de la mentalité primitive, telle que nous la connaissons d'après les études les plus récentes.

Mais il y a tout avantage, pour comparer avec fruit, c'est-à-dire pour faire des rapprochements et des distinctions significatifs, à comparer surtout des traits essentiels.

Or, si l'on s'en rapporte aux ouvrages particulièrement documentés et pénétrants de Lévy-Bruhl, un grand trait psychologique paraît dominer toute la mentalité du primitif, c'est son imperméabilité à l'expérience sensible. Lévy-Bruhl donne maint exemple de cette imperméabilité.

« Pour nous, dit-il, quand nous ne percevons pas certaines qualités dans un objet, le fait que nous ne les percevons pas est décisif. Les primitifs n'ont pas besoin de l'expérience pour attester les propriétés mystiques des êtres et des objets et, pour la même raison, ils restent indifférents aux démentis qu'elle leur donne. » Car, bornée à ce qu'il y a de fixe, de tangible, de raisonnable dans la réalité physique, elle laisse échapper précisément ce qu'il y a de plus important, les forces occultes et les esprits (*Les Fonctions mentales*, p. 62). » C'est le privilège de toute la mentalité primitive d'être imperméable de la sorte ; l'insuccès d'une pratique mystique ne décourage jamais ceux qui y ont foi. Pourquoi ? Parce qu'ils ont une autre expérience et des représentations collectives, des croyances qui gouvernent cette autre expérience. Un procédé qui rend les combattants invulnérables peut recevoir des centaines d'infirmités ; le primitif s'expliquera l'insuccès par la volonté des esprits et croira tout autant au procédé que s'il avait, cent fois de suite, réussi.

Les primitifs sont ainsi entourés d'êtres insaisissables, infinis en nombre, invisibles presque toujours et toujours redoutables ; souvent par les âmes des morts, toujours par une multitude d'esprits ou personnalités plus ou moins définis, et ce sont ces esprits qui peuvent, dans tous les cas où l'explication mystique peut être engagée, rendre caduques, par l'interprétation qui est faite de leur action et de leurs pouvoirs, toute expérience sensible.

De même nos malades sont imperméables à toute expérience et nous sommes tellement convaincus de cette imperméabilité que nous n'avons jamais aucune velléité de leur démontrer leurs erreurs. Eux aussi, par leurs hallucinations sensorielles, auditives, tactiles et parfois visuelles, par leurs hallucinations psychiques, psychomotrices et motrices, par leurs sentiments d'emprise, d'influence, de domination, etc., ils ont une expérience souvent très riche qui leur permet de tenir la nôtre pour vaine et de l'écarter. Que peut une raison de fait et à plus forte raison une argumentation logique contre une pensée dominée par des esprits pleins de pouvoirs occultes et efficaces, possesseurs des propriétés mystique, capables de mettre à chaque instant le malade en présence d'une expérience que nous ne pouvons pas connaître.

Qu'on ne nous dise pas que l'imperméabilité à l'expérience appartient à tous les aliénés et que nous avons tort de la restreindre ou de paraître la restreindre à nos sujets. C'est vrai que des états affectifs qui envahissent la conscience, comme ceux des excités maniaques et des mélancoliques, ou des états passionnels dominateurs, comme ceux des aliénés raisonnants, réduisent à bien peu de chose la perméabilité de ces malades à l'égard de l'expérience, surtout quand ces sentiments sont intenses et profonds mais, *en général au moins*, il ne s'agit, chez ces malades, que d'une exagération ou d'une déformation morbides de la réalité matérielle et morale dans laquelle nous vivons comme eux. Chez les paranoïdes, il y a rupture entre le domaine du réel et le domaine mystique qui est celui de la maladie, celui qu'elle crée ; les ponts sont coupés et si les deux mondes peuvent coexister dans une même conscience, ils n'en ont pas moins deux modes distincts d'expérience et de logique.

De l'expérience mystique commune à nos malades et aux primitifs résulte, en effet, pour les uns et les autres, une logique spéciale que Lévy-Bruhl appelle la prélogique pour ce qui concerne les primitifs. Cette prélogique est régie, chez les primitifs, par la loi de la Participation et par tous les sentiments qui s'y rattachent. « Faute d'un meilleur terme, écrit Lévy-Bruhl, j'appellerai loi de participation le principe propre de la mentalité primitive qui régit les liaisons et préliations de ces représentations (*Les représentations collectives*)... Dans les représentations collectives de la mentalité primitive, les objets, les êtres, les phénomènes peuvent être, d'une façon incompréhensible pour nous, à la fois eux-mêmes et autre chose qu'eux-mêmes. D'une façon non moins incompréhensible, ils émettent et ils reçoivent des forces, des vertus, des qualités, des actions mystiques qui se font sentir hors d'eux sans cesser d'être où elles sont. En d'autres termes, pour cette mentalité, l'opposition entre l'un et le plusieurs, le même et l'autre, etc., n'impose pas la nécessité d'affirmer l'un des termes si l'on nie l'autre ou réciproquement. Elle n'a qu'un intérêt secondaire (77). »

On ne peut pas dire que cette logique nie l'identité et la causalité ; mais elle ne les postule pas. Elle peut, pour des raisons mystiques, méconnaître l'expérience causale ; elle peut, pour les mêmes raisons, méconnaître la loi d'identité et accepter les contradictions. Tout cela à cause d'une réalité mystique qui a ses lois et qui double l'expérience sensible.

Le paranoïde se trouve de même, par son expérience mystique, en présence d'une réalité où le règne des esprits et de leurs pou-

voirs occultes lui permet de méconnaître la loi de causalité et d'accepter l'identité de l'un et du plusieurs, du même et de l'autre, et double ainsi la logique dont il a usé jusque-là et dont il use encore en dehors de l'expérience mystique, d'une logique nouvelle dont l'analogie avec la prélogique du primitif est frappante.

Il est tout naturel que transportée dans l'ordre pratique de la défense ou de la protection, la conception mystique et la « prélogique » engendrent de part et d'autre des réactions magiques analogues, et c'est ce qui arrive en effet.

On pourrait, nous le répétons, pousser beaucoup plus loin la comparaison ; nous nous tiendrons à ces quelques analogies ; mais toutes les comparaisons resteraient incomplètes et superficielles si on négligeait de signaler le grand trait qui différencie — et profondément — la mentalité paranoïde de la mentalité mystique.

La différence vient du fait que la mentalité primitive est une mentalité sociale, tandis que la mentalité du paranoïde est une mentalité individuelle.

La première, objectivement posée dans l'ordre social, est normalement extérieure aux consciences particulières dans lesquelles elle se réfracte en s'y réalisant. La seconde, déterminée par des conditions physiopathologiques, reste individuelle dans l'ordre représentatif, même dans l'ordre affectif et se trouve hors d'état d'aboutir à des représentations collectives.

Le primitif qui vit dans un milieu où règnent ces représentations y adapte par l'éducation sa pensée et sa vie, l'aliéné soumis aux seules lois psycho-biologiques de sa pensée est incapable d'adapter sa pensée individuelle à une pensée sociale et à plus forte raison de collaborer à la formation d'une telle pensée.

S'il y a donc analogie entre les deux mentalités, nous devons tenir que cette analogie n'est pas fondamentale, devant le caractère social de la mentalité primitive et devant le caractère individuel de la mentalité paranoïde, qui constituent par définition deux réalités d'ordre différent.

M. J. SÉGLAS. — Je me rangerai très volontiers à l'avis de M. Dumas, qui ne voit, entre la mentalité primitive et la mentalité paranoïde que des analogies. L'étude du néologisme, à laquelle il s'est adressé, est évidemment un des meilleurs moyens de les mettre en lumière : de la logolâtrie, on pouvait rapprocher, avec tout autant d'intérêt, le fétichisme du chiffre sur lequel j'ai fait jadis une communication à la société de psychologie. Tous

ces symptômes se relient par un même caractère, la superstition, d'où résulte cette sorte d'état mystique particulier dont a parlé M. Dumas et dont le trait capital est d'être individuel, au lieu de collectif, comme il l'était chez le primitif.

Mais il est d'autres cas que ceux envisagés par M. Dumas, qui pourraient venir en appendice à son étude, à propos de la question des mentalités primitives. Un exemple, parmi ceux que j'ai pu rencontrer, fera mieux comprendre ma pensée. Cet exemple est celui d'un individu que j'ai eu jadis dans mon service de Bicêtre déjà remarquable par son physique contrefait, qui en faisait un véritable Quasimodo.

Totalement illettré, il se présentait comme un débile avec idées de persécution et de grandeur, sans hallucinations. Ces idées étaient vraiment bien spéciales, traduisant la croyance à un pouvoir maléfique de certains hommes, ou d'esprits élémentaires, dont il se croyait environné, et dont il pouvait se défendre et aussi protéger les autres à l'aide de la « Métémentique », néologisme ne désignant pas autre chose que le pouvoir magique des chiffres dont il avait pénétré les arcanes secrets. Cette « Métémentique » lui servait au dehors de gagne-pain ; car il vivait en chemineau, gagnant sa vie, le couvert et la nourriture, au hasard des jours, conjurant les éléments, le vent, la pluie, etc., détruisant les mauvais sorts jetés aux bestiaux, aux récoltes ou aux personnes, et au besoin, jetant aussi des mauvais sorts. Sans doute, cet individu n'était pas déplacé dans un service d'aliénés aux environs de l'an 1900 : car les idées qu'il exprimait ne pouvaient guère être considérées à cette date que comme des idées de persécution et de grandeur.

Mais il fut un temps, il y a quelques siècles, où de semblables idées étaient monnaie courante dans les collectivités sociales de l'époque ; et si notre homme avait vécu parmi elles, on peut se demander s'il n'y eût pas trouvé tout naturellement sa place, et si son seul tort aujourd'hui n'était pas d'être venu trop tard dans un monde trop vieux.

M. LÉVY-VALENSI. — Les faits que M. Gorges Dumas vient d'exposer avec tant de clarté sont très intéressants. L'an dernier, j'ai consacré une leçon à l'étude des rapports des mentalités paranoïde et primitive. Elle paraîtra dans le prochain numéro, le souci de compléter la bibliographie ayant retardé jusque-là sa publication. Comme M. Dumas, je pense que, s'il y a des analogies incontestables entre les deux mentalités, il ne saurait y avoir aucune assimilation entre elles.

M. COURBON. — Puisque M. Ségla s cherche un mot pour désigner les individus dont la mentalité ressemble plus à la mentalité collective des siècles passés qu'à l'aliénation mentale, je me permets de lui proposer le terme mentalité anachronique. Je m'en suis servi dans un article du *Journal de Psychologie* de 1925, sur *les mentalités paradoxales*, c'est-à-dire sur les individus qui ont une mentalité différente de celle qu'ont les individus qui ont les mêmes caractères biologiques ou qui appartiennent à la même société qu'eux. La mentalité est anachronique quand elle a les caractères de la mentalité collective d'une société chronologiquement éloignée ; elle est anatopique quand elle a les caractères de la mentalité collective d'une société topographiquement éloignée.

L'anachronisme et l'anatopisme mental, ainsi que je me suis efforcé de le montrer dans un article des *Annales* de 1932 avec mon interne Tusques, ne constituent pas une maladie. Mais ils donnent naissance à des conflits entre l'individu et le milieu. Et ces conflits peuvent faire éclater une psychose.

M. SIMON. — Je crois que nous devinons, plutôt que nous ne connaissons, la mentalité des aliénés. S'il est vrai qu'elle soit individuelle et que la mentalité des primitifs soit commune à tous les individus du même groupe, on doit reconnaître qu'il y a entre l'aliéné et l'homme normal quelque chose de commun. Ce quelque chose est la survivance de logique que l'on constate dans certains de leurs actes et de leurs raisonnements.

M. COURBON. — Il ne faut pas confondre commun et collectif. Je renvoie au livre magistral de notre collègue Charles Blondel sur la conscience morbide, qui met en pleine lumière le caractère incommunicable des états mentaux pathologiques.

M. Georges DUMAS. — Le cas de M. Ségla s est très intéressant. Il se peut très bien que son malade eût été considéré comme normal, tout au plus comme exceptionnel, et vénéré pour ses pouvoirs mystiques dans une société primitive qui aurait pu les considérer comme des faveurs et des dons divins. Il fut un temps où certains troubles psychopathiques ont eu une utilisation sociale ou religieuse. On pourrait citer beaucoup d'exemples de cette civilisation.

On ne peut pas confondre commun et collectif. Une mentalité collective naît du dehors et impose aux individus des concepts qui leur permettent d'échanger entre eux leurs états de conscience particuliers. Or, jamais des aliénés ne parviennent à élaborer un système délirant qui soit collectif.

L'ouvrage de M. Blondel est, en effet, excellent. Mais les malades dont je parle ne sont pas ceux qu'il a étudiés. Il a envisagé les aliénés repliés sur eux-mêmes, sur leur anxiété, sur leur cénesthésie. Je considère les aliénés tournés vers l'extérieur, communiquant avec le réel. Mon travail ferait plutôt pendant au sien, comme il ressortira de la publication que je pense faire sur le langage et dans laquelle j'opposerai les malades qui usent du néologisme à ceux qui usent de la métaphore, quand ils se trouvent en présence de sentiments ineffables et nouveaux.

La réaction de Kottmann dans la psychose hallucinatoire chronique, par MM. J. HAMEL, M. CHAVAROT et Pierre ROYER (*Laboratoire de l'Asile public d'aliénés de Maréville*).

Effectuant au laboratoire de l'asile de Maréville des recherches diverses relatives à la réaction de Kottmann, et utilisant pour ce faire le hasard des nombreux sérums sanguins qui y sont envoyés, nous avons été frappés par ce fait que la plupart des sangs transmis avec une fiche portant comme renseignement clinique « Psychose hallucinatoire chronique » présentaient un Kottmann à très brève évolution.

Dans cet ordre d'idées et pour vérifier l'observation, nous avons été amenés à examiner systématiquement le sérum de cinquante de ces malades, en nous entourant pour le choix des sujets et pour la technique, des précautions que voici :

CHOIX DES MALADES. — Nous nous sommes appliqués à ne prendre que des sujets dont l'état mental correspond au délire systématisé hallucinatoire à évolution chronique décrit par Lasègue et Falret.

Dans tous les cas, il s'agit de vieux malades d'asile, placés entre 30 et 50 ans et ayant maintenant jusqu'à 70 ans.

TECHNIQUE. — Les prélèvements de sang ont été faits dans les conditions normales, à jeûn, par ponction à l'aiguille des veines du pli du coude.

La réaction de Kottmann a été effectuée selon la méthode de MM. G. Etienne, G. Richard, Krall et F. Claude (1).

1 cc. de sérum exempt d'hémoglobine est additionné de :

0,25 cc. de solution d'iodure de potassium à 0,50 gr. % ;

0,30 cc. de solution de nitrate d'argent au même titre.

(Ces solutions sont mesurées à la burette au 1/100 de cc.).

Après exposition de 20 minutes à 20 centimètres d'une lampe

de 100 bougies, chaque tube reçoit 0,5 cc. d'une solution d'hydroquinine à 0,25 %.

On note le début du virage au brun et la fin de ce virage, correspondant au changement de teinte de tout le tube.

« C'est dans le testicule comme dans l'ovaire qu'il faut chercher le *primum movens* du fonctionnement thyroïdien. » (2). Aussi, avant de tirer une conclusion, vu l'âge des malades, nous avons voulu nous assurer qu'il ne s'agissait pas d'un ralentissement de l'activité de la thyroïde correspondant à la cinquantaine chez les hommes examinés.

Le contrôle fourni par dix individus normaux du même sexe et de 50 à 60 ans a donné (voir tableau, 2^e partie) :

NOM ET PRÉNOM DU MALADE	AGE ACTUEL	RÉSULTAT DU KOTTMANN EN MINUTES	
	Ans		
Rom... (témoin).....	50	5	18
Qu.....		4	16
Anx.....		4	18
Poig.....		5	20
Hum.....		3	8
Bar.....	à	5	15
Frau.....		5	16
Mor.....		4	11
Bab.....		5	17
Mas.....	60	7	18

Les résultats y sont légèrement abaissés quant au début du virage, mais normaux quant au temps d'évolution de la réaction. Les chiffres y sont tous supérieurs à ceux observés dans la psychose hallucinatoire chronique.

Nous n'apportons à la réaction de Kottmann qu'un crédit moyen, tout au moins dans sa technique et son interprétation actuelles.

Vantée par Saunders (3) qui lui donne plus de précision qu'au métabolisme basal et par Ricciuti (4), mise en doute par des cliniciens étudiant les troubles de la thyroïde, elle nous est apparue, comme à d'autres auteurs (5), d'un certain intérêt et d'une approximation suffisante en psychiatrie. Nous la recherchons systématiquement à l'asile, chez les malades d'aspect dysendocrinien et chez les déments précoces.

MM. Hamel et Marie-M. Michel se sont en effet rendu compte

LES RÉSULTATS ont été les suivants (voir tableau) :

NOM ET PRÉNOM DU MALADE	AGE ACTUEL	AGE D'ENTRÉE A L'ASILE	RÉSULTAT DE KOTTMANN EN MINUTES
	Ans	Ans	
Fr... Emile.....	61	47	2 6
Gal... Camille.....	57	34	2 5
Gau... Emile (paranoïde).	32	24	1.5 4
Gai... Juste	72	36	3 7
Geh... Paul.....	59	49	3 8
Ger... Nicolas.....	54	40	3 8
Gue... Charles	56	41	3 5
Gueu... Jean	41	35	2 8
Gui... Aug.	57	33	3 9
Hou... Léon (paranoïde)..	42	27	2 4
Jac... Jules.....	63	34	3 8
Jacq... Joseph	66	38	8 12
Kr... Jeoffroy.....	71	47	3 9
Kun... Xavier	70	35	2 4
L... Tell	54	37	5 8
Lap... Emile.....	51	42	4 6
Ler... Jos	65	29	2 7
Lom... Delph	63	57	2 9
Lor... Jules	57	37	3 7
Mal... Alph.....	63	49	1 3
Mar... Abel	57	45	3 6
Mat... Cel	46	32	2 4
Met... Charles.....	50	38	3 11
Mer... Jacques.....	67	48	5 8
Mey... Tho	60	41	4 6
Mic... Louis.....	56	39	2 5
Oua... Mohamed	43	39	2 4
Pet... Victor.....	68	67	2 6
Poi... Jules	56	30	sérum laqué
P.el... Jules.....	56	46	3 7
Ren... Charles.....	55	43	3 7
Ruf... Ch	60	47	3 9
Sam... Armand.....	59	32	2 9
Ser... Henri.....	63	46	3 8
Sch?... Léon.....	54	42	8 15
Schw... Al	54	38	4 10
St... Alph	41	32	2 8
Val... Lucien.....	50	47	3 9
Vat... Gust.....	56	44	4 10
Vax... Jos	57	44	4 11
Wer... Fr	51	33	3.5 13
Yd... H.	50	33	2 7

il y a longtemps que dans la démence précoce la réaction de Kottmann était considérablement accélérée dans 80 à 90 % des cas ; et nous en avons nous-mêmes trouvé dernièrement avec des chiffres de une minute et demie à deux minutes.

C'est pourquoi, sous réserve des précautions et des anomalies que nous publions d'autre part (6) au sujet de ce test du fonctionnement thyroïdien, le tableau précédent semble nous autoriser à conclure que, dans la psychose hallucinatoire chronique, la réaction de Kottmann est accélérée.

En rapprochant ces résultats de tous ceux obtenus à l'asile depuis trois ans, on constate que plus on se rapproche de la forme hébéphrénique, en passant par la forme paranoïde, plus le Kottmann diminue.

Le dépouillement des chiffres trouvés permet d'établir, avec d'ailleurs toutes les transitions possibles et quelques exceptions, les groupes analytiques suivants, où les réponses du fonctionnement thyroïdien vont en s'abrégeant :

Délire hallucinatoire partiel avec grande activité du sujet ;

Psychose hallucinatoire chronique avec activité réduite ;

Démence paranoïde ;

Démence hébéphrénique avec délire généralisé et perte de l'activité.

Dans les états maniaques, dépressifs, mélancoliques, et dans les formes cycliques de la démence précoce, le Kottmann paraît au contraire remonter, avec des chiffres normaux ou d'hyperthyroïdie, qui sont de 10 à 30 minutes et au delà, jusqu'à plusieurs heures.

BIBLIOGRAPHIE

1. ETIENNE, RICHARD, KRALL et CLAUDE. — A propos d'un nouveau test du fonctionnement thyroïdien. La réaction de Kottmann. *Revue franç. d'Endocrinologie*, 3 juin 1926.
2. P. FLORENTIN. — La thyroïde des mammifères. *Thèse Sciences*, Nancy, 1932.
3. SAUNDERS. — The Kottmann reaction in the insane. *J. Lab et Clin. méd. Saint-Louis*, 1924, n° 9, p. 401.
4. RICCIUTI. — Kottmann's reaction and basal metabolism give same results. *Gaz. internaz. med. chir.*, 1930, p. 228.
5. CABITTO — Kottmann's serochromatic reaction. *Note e riv. di psichiat.* ; avril 1930, p. 61.
- DURANDO (P.). — Results of Kottmann's reaction in 220 cases of psychosis. *Giorn. di psichiat. clin. e techn. man.*, n° 3-4, 1930, p. 301.
6. HAMEL et CHAVAROT. — Quelques réflexions au sujet de la réaction de Kottmann. *C.R. Soc. de Biol.*, Nancy, 11 mars 1934.

Transmission expérimentale de virus filtrants par injection au cobaye de liquide céphalo-rachidien de déments précoces, par MM. Maurice DIDE et Pierre AUJALEU.

L'inoculation de liquide céphalo-rachidien de dément précoce à des cobayes pratiquée dans ces dernières années pour rechercher la présence possible de virus filtrants ou de bacilles tuberculeux, a donné des résultats si divers qu'il nous a paru utile de reprendre ces recherches.

Certains auteurs tels que Toulouse, en collaboration avec Valtis, Schiff et Van Deinse obtiennent une seule fois une inoculation positive après deux passages (1). Baruk, Biderman et Albane provoquent, au lieu d'injection chez des cobayes préalablement allergisés, une lésion rappelant le phénomène de Koch (2). Puca trouve des granulations acido-résistantes dans les ganglions et dans un cas, des bacilles acido-résistants (3). D'Hollander et Rouvroy, injectant des cobayes neufs, observent dans le poumon des cellules géantes et des nodules lymphoïdes. De plus, dans quatre cas sur 47 animaux inoculés, ils colorent le bacille de Koch (4). Enfin, tout récemment, Claude, Coste, Valtis et Van Deinse, expérimentant sur des cobayes préalablement traités par l'extrait acétonique de bacilles de Koch, obtiennent dix inoculations positives sur 19 malades (5).

Dans une première série d'expériences, il nous a paru intéressant de procéder, sans tenter d'allergiser nos cobayes. Nous injectons pour chaque malade dix cc³ de liquide céphalo-rachidien à deux cobayes neufs, (soit 5 cc³ à chacun d'eux) par voie sous-cutanée. Les animaux sont sacrifiés après un laps de temps variant de 15 jours à trois mois, sans avoir présenté le plus souvent de réaction générale appréciable. Les liquides céphalo-rachidien de 5 déments précoces ont été ainsi prélevés et ino-

(1) TOULOUSE, VALTIS, SCHIFF et VAN DEINSE. — Virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien d'un dément précoce. (*Soc. biol.*, 18 avril 1931).

(2) BARUK, BIDERMAN et ALBANE. — Tuberculose et démence précoce. Recherches expérimentales. (*Ann. Méd.-Psych.*, nov. 1932).

(3) PUCA. — Sur la mise en évidence de granules acido-résistants et de bacilles dans les organes de cobayes inoculés avec le liquide céphalo-rachidien de déments précoces. (*Soc. biol.*, 15 oct. 1932).

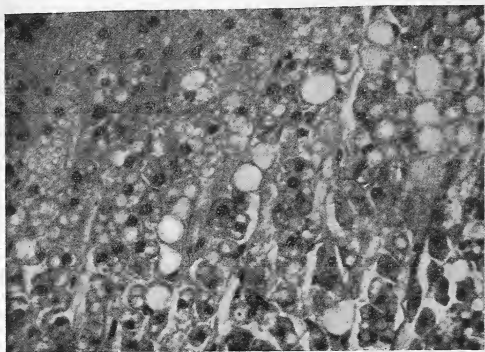
(4) D'HOLLANDER et ROUVROY. — La démence précoce est-elle d'origine tuberculeuse ? Inoculations. Lésions provoquées. (*Ann. Méd.-Psych.*, nov. 1932).

(5) CLAUDE, COSTE, VALTIS et VAN DEINSE. — Sur les relations pathogéniques du virus tuberculeux avec la démence précoce. (*Encéphale*, sept.-oct. 1933).

culés ; dans un cas, il est procédé à des réinoculations en série à partir de ganglions mésentériques et bronchiques broyés.

13 cobayes sont actuellement sacrifiés. Résultats : très souvent, on note une réaction ganglionnaire mésentérique et bronchique sans tendance à la caséification. Les divers organes paraissent macroscopiquement sains. Au point de vue histologique, signalons, en dehors de lésions de congestion banale, une dégénérescence graisseuse du foie étudiée d'autre part.

L'examen microscopique des ganglions ne nous a jamais permis



Cobaye 7 (non allergisé). — Surrénale.

d'identifier de bacilles de Koch. Notons toutefois, dans les ganglions d'un cobaye de primo-inoculation et de trois cobayes du deuxième passage, l'existence de granulations acido-résistantes identiques à celles déjà signalées par Puca dans les mêmes conditions. Ces formations ne sont pas retrouvées chez les cobayes de troisième et de quatrième passage.

Signalons enfin que, sur les 5 malades ayant fourni le liquide céphalo-rachidien inoculé aux cobayes, l'un est mort depuis de tuberculose généralisée. Il était atteint en particulier d'une méningite tuberculeuse chronique avec présence de nombreux bacilles sur les méninges. Les deux cobayes inoculés n'ont pas

présenté de lésions notables, si ce n'est toutefois, dans le poumon, quelques cellules géantes avec cellules épithélioïdes dont il n'a pas été possible d'affirmer la nature tuberculeuse (1).

Bactéries dans le sang des déments précoces,
par MM. Maurice DIDE et Pierre AUJALEU.

De nombreux auteurs ont signalé l'existence de bactéries sans pouvoir pathogène évident, dans le sang de certains aliénés ; sans reproduire une bibliographie complète qu'on trouvera ailleurs (2), rappelons que Bruce a décrit, dans l'agitation catatonique, un bacille court ne prenant pas le Gram ; Bianchi et Piccinino ont considéré le délire aigu comme causé par un bacille prenant le Gram ; Dide et Sacquepée ont signalé, dans la démence précoce, un bacille long et un staphylobacille ; enfin, il est facile d'identifier les streptocoques courts décrits par Bruce et Peebles dans la catatonie avec l'entérocoque. Les travaux de Dide et Sacquepée sur ce point particulier sont formels.

On a parfois reproché aux résultats positifs publiés la possibilité de contaminations accidentelles. Afin de répondre à ces objections, nous avons poursuivi depuis plusieurs années, en nous entourant de soins méticuleux, des expériences de contrôle dont nous apportons aujourd'hui l'exposé.

79 hémocultures ont été pratiquées sur 39 déments précoces en parfaite santé physique.

66 hémocultures ont été négatives,

13 — — — positives.

Les 13 hémocultures positives proviennent de 6 malades dont la totalité des cultures se décompose ainsi :

Malade I :	++	(2 sur 2)
Malade II :	++ — +	(3 sur 4)
Malade III :	+ — — +	(2 sur 4)
Malade IV :	+ — — +	(2 sur 4)
Malade V :	+ — + —	(2 sur 4)
Malade VI :	— + + —	(2 sur 4)

33 malades sur 39 ont constamment donné des hémocultures négatives.

(1) P. AUJALEU. — Contribution à l'étude des rapports entre la Tuberculose et la Démence précoce. (*Thèse Toulouse*, 1933).

(2) Maurice DIDE. — Etude cytologique, bactériologique et expérimentale du sang chez les aliénés. *Rapport au Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de Lille*, août 1906.

Notre technique consiste à ensemencer une quantité importante de sang. Nous prélevons 20 cm³ de sang que nous répartissons dans 4 ballons contenant chacun 50 cm³ de bouillon.

Lorsque l'hémoculture est positive, un louche léger apparaît seulement au troisième, quatrième et même cinquième jour. Les réensemencements doivent être faits à ce moment-là, plus tard les chances de succès tendent à diminuer.

Les germes trouvés sont le plus souvent des cocci parfois isolés, plus fréquemment groupés en diplocoques prenant le Gram. De vitalité réduite et précaire, ils poussent cependant sur tous les milieux usuels et en particulier en milieu anaérobie. Ils ont parfois tendance à prendre un aspect pseudo-staphylococcique.

Dans un travail plus haut cité, l'un de nous soulignait, dès 1906, des variations de virulence et de morphologie dans divers micro-organismes, sans en excepter les bacilles acido-résistants.

D'un saprophytisme apparent à une virulence discrète, on est en droit d'admettre seulement des variations quantitatives. Mais la biologie bactérienne, dans les cas qui nous occupent, offre un caractère assez particulier : la *fragilité*. En effet, la prolifération initialement retardée s'atténue très vite et il suffit de causes infimes pour entraver la pullulation. D'autre part, il nous a été possible parfois à un premier ensemencement de découvrir d'incontestables éléments figurés, notamment un bacille basophile à ses extrémités et acidophile au centre (1). Cet élément n'a pu être cultivé en série. Cependant, le foie du cobaye injecté avec la culture présentait de nombreuses cellules hépatiques binucléées et une réaction interstitielle discrète.

Alors que, de nos jours, certains auteurs décèlent chez les éléments précoces, la présence habituelle du bacille tuberculeux dans le sang, (nos recherches sur ce point sont demeurées vaines), il nous a paru nécessaire de reprendre des travaux dont les premiers résultats positifs datent de 29 ans et de publier nos recherches actuelles qui confirment en partie les premières.

M. Henri BARUK. — La communication de M. Dide est particulièrement intéressante à un double point de vue.

Tout d'abord, M. Dide a mis en évidence, dans le sang de cer-

(1) Cet aspect est à rapprocher de celui obtenu par Fontès (Ultra-virus tuberculeux. Masson, p. 36), dans une colonie de colibacilles colorée par le May-Grünwald et recolorée au Giemsa. Cette colonie présente des bacilles avec substance chromatique condensée aux 2 pôles et au centre en gros granules.

tains aliénés, des microbes et, parmi ceux-ci, surtout l'entérocoque. Or, l'entérocoque, bien que son rôle pathogène soit encore mal défini, n'est pas un microbe banal. Il constitue très souvent un satellite du colibacille, avec lequel on le trouve associé; quelquefois, au cours des infections colibacillaires, par exemple des pyélonéphrites, l'entérocoque persiste dans les urines, après la disparition du colibacille. Il est donc tout particulièrement intéressant de rapprocher les données que nous apporte M. Dide sur ces entérococémies des données sur lesquelles nous avons insisté concernant le rôle du colibacille en psychiatrie.

En ce qui concerne la seconde question abordée par M. Dide, c'est-à-dire la question de la tuberculose dans ses rapports avec les troubles mentaux, je suis heureux de voir que les seuls ou à peu près les seuls résultats positifs obtenus par M. Dide l'ont été chez un cobaye préalablement allergisé. Ces résultats sont conformes à ceux que j'ai obtenus avec Bidermann et Albane. Nous avons insisté, en effet, sur l'importance du terrain allergique dans la genèse des localisations du virus tuberculeux sur le système nerveux. Rappelons à ce sujet l'expérience que nous avons rapportée il y a environ deux ans : nous avons inoculé, le même jour et avec la même souche, six cobayes de façon à les rendre allergiques. Lorsque l'allergie fut constituée (adénopathies, cuti-réactions positives, etc...), nous avons injecté un des cobayes avec du liquide céphalo-rachidien d'un dément précoce (6 cc). Nous avons gardé les 5 autres cobayes comme témoins.

Une vingtaine de jours après l'inoculation, le cobaye inoculé avec du liquide céphalo-rachidien de dément précoce commença à présenter des troubles nerveux, qui consistèrent dans un stade cataleptique impressionnant, suivi ensuite de photophobie. L'animal succomba, et l'examen anatomique pratiqué par notre ami Ivan Bertrand montra l'existence d'une méningite tuberculeuse typique au point de vue histologique. Par contre, des cobayes témoins ne présentèrent aucun trouble nerveux, et moururent quelques mois après de leur tuberculose; les centres nerveux ne présentaient aucune lésion.

Ainsi donc, l'injection de liquide céphalo-rachidien de dément précoce chez le cobaye allergique a agi comme une véritable injection déchainante, favorisant la localisation sur les méninges et l'encéphale du virus tuberculeux.

Mais il y a plus : cette injection semble avoir modifié le type histologique de la tuberculose. Tandis que les cobayes témoins, morts ultérieurement, présentaient à l'autopsie une tuberculose

viscérale banale type Villemin, avec des tubercules caractéristiques et de nombreux bacilles de Koch dans le foie, la rate, etc. le cobaye méningitique ne présentait, dans les divers organes, que des lésions diffuses, de type surtout inflammatoire, sans tubercules ni follicules. Enfin, on ne trouvait pour ainsi dire pas de bacilles de Koch ni dans les viscères, ni dans les méninges (1), malgré que ce cobaye ait été inoculé avec la même souche tuberculeuse que les témoins.

En résumé, il semble, qu'à la suite de l'injection de liquide céphalo-rachidien de dément précoce, non seulement la localisation du virus tuberculeux s'est faite sur le système nerveux, mais encore l'évolution histologique de la tuberculose a été modifiée, et s'est faite vers des lésions diffuses, et ayant des caractères de spécificité moins tranchée.

Ces données expérimentales, que nous avons obtenues avec Bidermann et Albane, méritent d'être rapprochées des expériences des auteurs américains (W. Soper et Dvorski, Brun et Finley, etc...), concernant la méningite tuberculeuse expérimentale. Ces auteurs, conformément aux idées de Calmette, ont inoculé directement les méninges chez des animaux neufs, et chez des animaux allergiques. Seuls, ces derniers ont présenté une méningite tuberculeuse vraiment typique. Burn et Finley insistent sur la nécessité d'une « hypersensibilité allergique » pour la production d'une tuberculose nerveuse méningée.

Ces divers faits expérimentaux se complètent donc, et doivent être rapprochés de la notion sur laquelle nous avons également tout particulièrement insisté d'une *allergie très marquée* chez les déments précoces. Ainsi, la présence du virus n'est pas tout, et il faut faire jouer, dans la genèse de ces tuberculoses nerveuses, un rôle important au terrain héréditaire ou acquis, et tout spécialement aux réactions humorales. Telle est la conception que nous avons défendue à propos des rapports de la tuberculose et de la démence précoce.

M. Henri CLAUDE. — Je saisis l'occasion qui m'est offerte par la communication de M. Dide, pour revenir sur la question du rôle du virus tuberculeux dans la démence précoce. Bien que je pense toujours que l'étude clinique démontre le rôle fréquent de la tuberculose non comme complication, mais à l'origine de la démence précoce, la démonstration expérimentale m'apparaît

(1) Rappelons d'ailleurs que les lésions habituelles de la méningite tuberculeuse sont des lésions diffuses, dans lesquelles souvent les BK sont très difficiles à mettre en évidence.

aujourd'hui plus rare que je ne l'ai dit. Des recherches nouvelles poursuivies dans des conditions nous mettant à l'abri de sources de contamination ou d'infections diverses, ont modifié mon expérience et m'incitent à déclarer que l'on ne saurait apporter trop de risques dans la technique bactériologique et dans l'interprétation des faits. Des inoculations, faites avec le sang et le liquide céphalo-rachidien des sujets présentant le syndrome de démence précoce, chez des cobayes traités en même temps par l'extrait acétonique, et placés en dehors de toute condition d'infection, n'ont pas réagi de la même façon que dans des recherches antérieures. Il conviendrait donc de poursuivre ces études probablement avec des techniques plus perfectionnées et en s'appliquant à faire des prélèvements dans des conditions différentes. Néanmoins, après cette déclaration, j'insiste sur l'intérêt qui s'attache à l'étude des faits qui conduisent à ne pas négliger le rôle du virus tuberculeux dans l'apparition du syndrome de démence précoce, en raison de l'intérêt thérapeutique qui s'attache à cette notion.

M. Paul ABÉLY. — J'ai, il y a quelques années, avec la collaboration du laboratoire de M. Bédredska, cultivé le sang de 35 déments précoces à Charenton. Nous n'avons trouvé l'entérocoque que chez 3 sujets, et chez chacun, une seule fois. Je suis convaincu que cet entérocoque avait été apporté du dehors par nos manipulations.

M. DIDE. — La conclusion est que j'avais raison de soutenir, en 1906, à Bédredska qu'il y avait une tuberculose abacillaire. Mais j'arrivais trop tôt. Il n'y a que 3 cas dans lesquels j'ai constamment trouvé l'entérocoque ; dans les autres, je ne l'ai trouvé qu'épisodiquement. Je ne saurais trop admirer l'exemple que nous donne, avec sa haute autorité, le professeur Claude. Nous n'avons qu'à suivre son exemple.

Une terminaison de la xénopathie : la réintégration du délire,
par M. Jacques VIÉ.

Lorsqu'on observe les phases aiguës des délires hallucinatoires, on est frappé par la puissante impression d'étrangeté qu'accusent les malades, et par les attitudes réactionnelles qu'entraîne chez eux ce sentiment xénopathique. L'indéracinable besoin d'affirmer l'identité persistante de leur personnalité leur

impose à tout instant la reconstruction d'un univers dont ils doivent, à l'encontre des données sensorielles les plus formelles, admettre les modifications.

L'activité hallucinatoire peut entretenir, de façon continue ou par paroxysmes, au cours des années, ce sentiment d'étrangeté, cette lutte contre l'évidence que constituent les méconnaissances systématiques. Sans rechercher sous l'influence de quels facteurs peuvent s'atténuer les délires chroniques, nous ne ferons ici que décrire, à l'occasion d'un cas particulier, l'une des éventualités terminales du sentiment xénopathique, dans laquelle les éléments délirants s'assimilent secondairement à la personnalité du malade, qui cesse de lutter, de s'insurger contre un inévitable permanent. Le délire se trouve, en quelque sorte, *réintégré* à l'ensemble du psychisme, dont la capitulation demi-consciente, et en quelque sorte consentie, implique de bizarres compromis.

Mlle Marguerite-Amélie Cl. avait 55 ans lorsqu'elle fut internée à l'Asile Clinique, le 24 octobre 1913, à la suite d'actes désordonnés de caractère délirant. M. Briand écrit : « Dégénérescence mentale avec « délire polymorphe à base d'interprétations, idées de persécution « et de grandeur. Réticences, persiflage, préoccupations hypocondriaques ». A Moisselles, Juquelier note en outre, le 4 novembre 1913, qu' « elle est victime d'une sorte de complot organisé dans le but de dissimuler sa véritable identité ». A la quinzaine, il pose le diagnostic de délire systématisé de persécution et signale des hallucinations auditives.

Mlle Cl. fut transférée à l'Asile de la Charité, le 7 septembre 1914. Elle y est morte le 10 janvier 1932. Nous l'y avons observée en 1930 et 1931. A 72 ans, elle avait conservé toute sa lucidité et son intelligence, une mémoire fidèle, un esprit primesautier, plein d'entrain et d'à-propos, en dépit d'un affaiblissement physique notable avec amaigrissement, cyphose dorsale, tremblement, hypoacousie marquée, et surtout une diminution considérable de la vue, due à de vieilles hémorragies rétinienues. Mlle Cl. ne voyait plus qu'à un mètre, lisait et écrivait avec peine. Tension artérielle 12-7, indice 2 au Pachon le 3 septembre 1930. Ni albuminurie, ni glycosurie.

Au cours de conversations et dans de longues lettres, la malade nous exposa toute l'histoire de ses troubles, telle qu'elle la concevait à ce moment.

I. *La période initiale.* — Mlle Cl. reconnaissait avoir eu, dans la période initiale de sa maladie, des hallucinations auditives et des idées de persécution. « Avant mon internement, dit-elle, j'avais eu « des voix. On me plaignait : « Pauvre petite, tu es malheureuse. » « Je ne répondais pas, cela m'agaçait. Quelquefois, c'était plus haut

« que les personnes qui parlaient. Pour moi, c'était un être dans « l'invisible. »

Mlle Cl. fréquentait les milieux occultistes. Elle avait été Martiniste et suivait les cours du D^r Gérard Encausse ou Papus. C'est un occultiste qu'elle consulta pour la délivrer de son délire : « J'ai été, dit-elle, auprès de quelqu'un qui avait des pouvoirs. Il a tracé le cercle magique, j'ai entendu rire des êtres invisibles, qui m'ordonnaient de dire le *Parce Domine* ; en cinq minutes, j'ai été délivrée. « Depuis, je n'ai plus jamais eu d'hallucinations. »

Sur ses idées de persécution, la malade fournit moins de détails, il dut s'agir d'un roman érotomaniaque, qui, peut-on dire, n'a jamais cessé. C'est avec le héros de ce roman, le docteur de M..., que Mlle Cl. converse, des journées entières, à la Charité. Elle ne veut pas qu'il « soit jeté un blâme d'aucune sorte ni sur le docteur de M..., ni sur M. Patus » (un clerc de notaire). « Je les tiens, tous les deux, dit-elle, « en haute estime, et tout ce qu'ils ont pu faire a toujours été dans « les meilleures intentions, même si le malheur a voulu que j'en aie « souffert. Quant à moi, ajoute-t-elle, je vous affirme que je n'ai « jamais eu consciemment l'intention de nuire en quoi que ce soit à ce « vieil ami, que j'ai follement (mot rayé dans le texte), romanesquement aimé dans ma jeunesse, et que j'aime sagement et filialement « aujourd'hui. » Si M. de M. n'a pu la faire sortir, c'est à elle seule qu'en revient la faute : « hésitation à la reconnaître, manque de décision au moment d'agir, impossibilité physique d'agir rapidement. »

II. — En effet, ce que l'attitude mentale de Mlle Cl. présente, en 1930, de très remarquable, c'est le soin qu'elle apporte à tirer de son état des explications plausibles à des phénomènes morbides, conversations hallucinatoires, méconnaissances systématiques de la mort et de l'identité des personnes, maintenant dépouillées de leur coefficient affectif réactionnel.

Elle analyse finement son fonds mental. « Depuis mon internement, « je suis — je ne dirai pas abrutie, le terme serait peut-être un peu « exagéré — mais amoindrie. Je vis comme en rêve, un peu dans les « nuages, ou plutôt dans une sorte de cauchemar où l'on voudrait « agir et on ne pourrait pas. Mes facultés affectives n'ont pas sombré, j'aime toujours intensément mes vrais amis, mais je ne peux « plus le manifester. Il semblerait que rien ne m'étonnerait plus. Je « verrais N.S.P. le Pape entrer dans ma chambre que je trouverais « cela tout simple, comme s'il y venait tous les matins. Et pourtant, « je ne suis pas blasée, je m'intéresse à tout ce qui se passe au « dehors. »

Mlle Cl. met sur le compte de sa lenteur cérébrale de l'affaiblissement de la vue et de l'ouïe, l'aspect bizarre qu'elle peut produire : « Ma position vis-à-vis d'autrui, écrit-elle à une amie, est très délicate, je ne distingue plus les traits d'un visage à quelques pas « devant moi, j'entends de travers (quand j'entends) ou, le plus souvent, lorsque mon interlocuteur est parti, comme en écho, et, quand

« je veux parler, ma voix s'enroue instantanément, car mon larynx « est malade. »

Elle allègue les incertitudes de sa mémoire, et se dit « affligée d'une très mauvaise mémoire visuelle », bien que son attention ne soit pas en défaut. Pourtant, depuis quelques années, la malade sent revenir en elle de très vieux souvenirs, oubliés pendant 30, 40 ans. Elle retrouve des parents, des cousins, dans les gens qui l'entourent, le D^r Juquelier, le D^r Levet, Mme de M., etc... De même, elle croit avoir été internée plusieurs fois, pendant un temps très court, sous des prétextes plausibles : visite d'une Chartreuse où l'on admettait les femmes, une autre fois à Moisselles, une troisième à la Charité. « C'est, dit-elle, comme un souvenir d'une existence antérieure. J'avais 52 ou 53 ans. Je reconnais ceci, je reconnais cela. Il me semble qu'on avait donné un repas, une fête des Rosati, une société dont je faisais partie. Cette fois-là, on a dit : que le voyage est long. On a dit : « on va dans une propriété mise à notre disposition. »

Ne s'agit-il pas là de réminiscences relatives au transfert à l'Asile de la Charité, alors que la malade se trouvait en pleine activité d'automatisme hallucinatoire ?

Mlle Cl., qui prétend n'avoir plus d'hallucinations, est en conversation continuelle avec le docteur de M... « Je l'entends parler à chaque instant, dit-elle, il vient ici très souvent. J'ai appris, depuis que je suis ici, à connaître son cœur. » Seule dans sa chambre, Mlle Cl. répond à la voix de son protecteur, ainsi qu'à celle du clerc de notaire, M. Patus.

Ces pseudo-hallucinations auditives s'accompagnent peut-être de représentations — pseudo-hallucinations ou illusions — visuelles. La malade assure voir des personnes que l'on a fait passer pour mortes. La *négation systématique de la mort* se voile ici derrière de fausses reconnaissances. C'est un artiste peintre mort en 1902, un cousin qui se serait suicidé en 1903, un journaliste tué à la guerre.

Mais avant tout, Mlle Cl. se refuse à admettre la mort de M. de M. : on l'a fait passer pour mort en 1911 ou 1912, le 7 novembre, avant l'internement de la malade. « J'ai lu, écrit-elle, la lettre de mort. Oui, j'ai vu sa femme en deuil, un deuil approximatif, chapeau de crêpe, manteau brun foncé. La lettre ne disait pas où l'inhumation avait eu lieu... » Et Mlle Cl. ne put obtenir aucun détail concluant sur la cérémonie.

La survie de son protecteur avait été pendant de longues années une nécessité tellement primordiale que sa conviction était absolue. Il n'en est plus de même en 1930, et la confession écrite de la malade se termine sur un demi-aveu vraiment dramatique. Pour la faire sortir « il n'y a, dit-elle, que mon bon doyen, mon vieil oncle M., à qui je le demande parce qu'il me l'a offert. Non, non, il n'est pas mort. Il faut que nous nous revoyions, nous avons assez souffert l'un et l'autre pour que nous ayions le bonheur de mourir ensemble. Je vous le demande en grâce, docteur, si le malheur voulait que ce surhomme

soit mort véritablement, *ne me le dites jamais*, laissez-moi croire qu'il reviendra, cette espérance m'aidera à finir mes jours... »

Cette prière instante de la malade à son médecin qu'elle implore de devenir le complice d'un compromis avec le délire insoutenable, démontre, mieux que toute argumentation, la nécessité avec laquelle s'imposent les méconnaissances systématiques ; le malade est, comme nous le constatons à propos de l'illusion des sosies, obligé de méconnaître certaines conditions de la vie pour pouvoir se reconnaître lui-même (1).

Chez Mlle Cl., la base organique du délire hallucinatoire a diminué la violence de ses atteintes. Seule persiste une modalité mineure, la conversation mentale pseudo-hallucinatoire. Le sentiment xénopathique qui avait créé les méconnaissances n'est plus là pour les soutenir. Le délire a cessé de paraître une néoformation étrangère, il s'est réincorporé à la vie mentale, et la malade tente de l'expliquer par de simples défaillances quantitatives de sa mémoire et de ses sens. Il y aurait plus à dire sur ce qu'elle appelle la disparition de l'étonnement, qui n'est en rien ici, un signe annonciateur de démence, mais marque l'impossibilité de spectacles plus surprenants que ne l'ont été les événements du délire. Mlle Cl. veut traduire, en termes de fausses reconnaissances, les méconnaissances systématiques, bien qu'elle sente la vanité de cet effort, et qu'elle n'ait pas non plus le courage de renoncer à ce qui n'est plus pour elle qu'une consolation illusoire.



Les sujets âgés qui ont réintégré leur délire peuvent donner à penser qu'ils n'ont jamais été hallucinés. Dans son travail sur la mimique hallucinatoire et le diagnostic de l'hallucination auditive verbale (*Soc. méd. psych.*, décembre 1920), Quercy décrivait des malades qui nient tardivement toute hallucination en dépit d'une mimique et d'un langage de type hallucinatoire. Il ne posait pas, comme nous le faisons ici, la question d'une évolution dont l'attitude observée peut être une séquelle, néanmoins, il soulignait bien l'un des caractères : « A l'explication symbolique, dirai-je théologique, écrivait-il, a succédé l'explication positive. »

Au reste, la réintégration délirante ne représente qu'un état terminal, survenant au bout de longues années. Des états inter-

(1) J. Vré. — L'illusion des Sosies. *Ann. Méd.-Psych.*, mars 1930.

médiaires l'annoncent, tels l'universalisation délirante, certitude que l'entourage entier est soumis, lui aussi, aux influences du délire, et l'activisme hallucinatoire, dans lequel le sujet affirme produire les phantasmes à son gré. Elle n'est, de plus, que l'une des modalités évolutives des délires chroniques dont nous poursuivons l'étude.

Variations des classifications psychiatriques au Canada Français (1924-1932), par M. Albert BROUSSEAU.

Dans un article récent, MM. Desruelles, Léculier et Gardien ont fait allusion à la classification officielle arrêtée en 1932, dans la Province de Québec ; classification que, disent-ils, « des aliénistes français accepteraient difficilement, d'ailleurs ».

Je partage leur opinion, mais je crois devoir exposer les étapes de l'évolution singulière provisoirement couronnée par le manuel officiellement imposé en janvier 1932.

Lorsque, en 1924, sur l'initiative du grand animateur que fut le Professeur A. Rousseau, Doyen de la Faculté de Médecine de Québec, je commençai la réorganisation de l'enseignement et de l'assistance psychiatrique à Québec, je trouvai en vigueur, pour l'ensemble de la Province, la classification que voici :

CLASSIFICATION PSYCHIATRIQUE EN USAGE EN 1924 DANS LA PROVINCE DE QUÉBEC (1)

Manie.

Mélancolie.

Mélancolie pré-sénile (*involutional melancholia*).

Psychoses périodiques : a) Forme intermittente ; b) Forme alterne ;
c) Forme circulaire.

Démence précoce : a) Forme hébéphrénique ; b) Forme catatonique ;
c) Forme paranoïde.

Psychoses toxiques :

Auto : a) Infectieuse ; b) Glandulaire.

Exo : a) Alcool ; b) Drogues ; c) Métaux ; d) Gaz ; e) Ou autres poisons exogènes.

Confusion mentale.

Psycho-neuroses : a) Forme hystérique ; b) Forme neurasthénique ;
c) Forme choréique ; d) Forme psychasthénique.

Folie épileptique.

Psychoses traumatiques.

(1) De cette classification bilingue, nous ne reproduisons l'appellation anglaise correspondante que dans les cas où il n'y a pas traduction littérale.

Paralysie générale.

Démence vésanique. (*Senile dementia*).

Démence organique.

Délire chronique systématisé. (*Paranoïa*).

Folie des dégénérés : a) Psychose obsessionnelle ; b) Psychose impulsive ; c) Folie morale ; d) Délire des persécutés-persécuteurs de Falret ; e) Débilité mentale ; f) Imbécillité ; g) Idiotie ; h) Autres formes.

Je ne la considérai d'abord que comme une compilation désuète où l'on démêlait aisément des groupes empruntés aux conceptions allemandes, américaines et françaises. Mais bientôt, il fallut s'en servir et faire entrer de toute force dans ce cadre la diversité des syndromes cliniques. La statistique annuelle l'exigeait.

Je dus alors signaler aussi bien la non correspondance entre : *Démence vésanique* et *senile dementia* présentées comme la traduction l'une de l'autre, que l'insuffisance générale de cette classification où tous les délires chroniques systématisés sont, par exemple, rapportés à la paranoïa.

Dès notre première entrevue à Montréal, le Directeur médical général des Asiles d'aliénés de la Province m'avait déclaré très franchement que, n'étant pas aliéniste, il accueillerait favorablement les suggestions d'ordre psychiatrique auxquelles pouvait m'induire l'expérience où je me trouvais engagé. Au début de 1925, une réunion de surintendants d'asiles d'aliénés fut préparée par l'envoi à chacun d'un questionnaire portant sur 18 points essentiels d'administration et d'assistance médicale.

Je bénéficiai d'une bienveillance particulière, et fus invité en surnombre pour présenter et défendre, les 1^{er} et 2 mai 1925, les projets que j'avais soumis dès la mi-février, au surintendant général. Je m'étais attaché particulièrement à demander et justifier la création d'un hôpital pour aliénés criminels ou dangereux et d'un établissement pour enfants anormaux et arriérés, tous deux ouverts depuis, et d'un établissement destiné aux épileptiques qui n'a pu encore être réalisé.

Enfin, je proposai « une classification par syndromes, c'est-à-dire par aspects cliniques bien caractérisés et qui échappe, dans une large mesure, aux variations des classifications systématiques. Cependant, dans les cas où la preuve pouvait en être donnée, il paraissait utile d'y introduire certaines rubriques, fondées sur l'étiologie (syphilis, alcool, toxicomanies, etc.). Bien plus, on pourrait, à cette première classification, adjoindre avec fruit une

seconde, forcément incomplète, où les pouvoirs publics pourraient connaître le nombre d'aliénés qui leur sont imposés par l'alcoolisme, la syphilis, l'infection puerpérale, l'encéphalite épidémique, par exemple »...

Mon projet comportait les subdivisions suivantes :

- 1° Confusions mentales (avec, s'il se peut, mention étiologique et une place particulière pour les psychoses d'épuisement, anormalement fréquentes dans la population canadienne française).
- 2° Psychoses toxiques se subdivisant en : a) Psychoses ento-toxiques ; b) Psychoses exo-toxiques (alcoolisme, toxicomanies, intoxications professionnelles et accidentelles).
- 3° Dysendocrinies.
- 4° Psychopathies syphilitiques : a) neuro-syphilis ; b) paralysie générale.
- 5° Démences organiques (au sens habituellement reçu en France).
- 6° Démences artério-scléreuses.
- 7° Démences séniles.
- 8° Psychoses au cours des affections aiguës ou subaiguës du système nerveux central (par exemple, méningites, abcès du cerveau, encéphalites, etc...).
- 9° Psychoses liées à des affections chroniques du système nerveux central (tumeurs cérébrales, scléroses en plaques, abcès du cerveau, encéphalites, etc...).
- 10° Psychoses intermittentes : manies, mélancolies, états mixtes (auxquelles par nécessité plutôt que par conviction l'on avait joint les mélancolies d'involution).
- 11° Arrêts de développement : idiotie ; imbecillité ; débilité intellectuelle avec réactions antisociales.
- 12° Etats psychopathiques constitutionnels : a) Psychasthénies (états obsédants, phobies, anxiété, etc.) ; b) Perversions instinctives.
- 13° Psychoses systématisées chroniques où dans un but d'enseignement j'avais indiqué l'utilité de préciser leur mécanisme (interprétatif, imaginatif, hallucinatoire, automatisme mental) et leurs grandes expressions cliniques, du délire d'interprétation au délire chronique de Magnan.
- 14° Démences précoces (forme simple, hétérophrénique, catatonique, auxquelles l'assemblée ajouta les formes paranoïdes, cependant que j'obtenais que l'on tentât d'en distinguer les schizophrénies.
- 15° Schizophrénies (considérées plutôt comme l'expression clinique d'un mécanisme psychopathologique particulier).
- 16° Psychoses épileptiques : a) symptomatiques ; b) cause inconnue (idiopathiques ou essentielles).
- 17° Psychoses hystériques.
- 18° Psychoses émotionnelles.
- 19° Psychoses traumatiques.

Après une discussion de quelques heures, l'accord se fit sur tous les points. On substitua le mot *psychose périodique* à celui de *psychose intermittente* dont le sens ne paraissait pas assez clair à un surintendant d'origine irlandaise, et la distinction entre *schizophrénies* et *démences précoces*, évidemment très vulnérable, fut surtout approuvée par le Docteur Porteus, surintendant de l'asile de langue anglaise.

On adopta aussi le projet de classification annexe, purement étiologique, nécessairement incomplète, mais qui pouvait offrir des données importantes pour les futures campagnes d'hygiène mentale.

Je n'avais pas l'illusion d'avoir contribué à établir quoi que ce soit de définitif ; cependant, puisque l'administration jugeait nécessaire de recevoir des rapports annuels fondés sur une classification uniforme pour toute la province, il ne me paraissait pas indifférent de faire prévaloir, si près des puissantes organisations américaines, des points de vue issus de la clinique psychiatrique française.

L'urgence était d'autant plus grande qu'à cette époque, les jeunes médecins désireux de se spécialiser en psychiatrie étaient, le plus souvent, envoyés dans l'état voisin du Massachusetts où l'organisation modèle réalisée sous la direction de Kline leur offrait de très grands avantages, immédiats, et pouvait tout naturellement les incliner au conformisme.

Le procès-verbal des séances fut publié peu après. J'eus la surprise d'y relever un oubli important, quelques erreurs vénielles, et d'y voir toutes mes propositions attribuées à l'un de mes collègues, qui ne parut jamais s'en être aperçu. Je ne m'attardai pas à faire réparer ce procédé, puisque l'essentiel était sauvegardé.

Six ans s'écoulèrent, faits de succès et de vicissitudes diverses. Le surintendant général venait d'échouer dans sa tentative de compter au nombre des aliénés alimentant ses statistiques, les malades d'assistance publique entrés en toute liberté à l'hôpital neuro-psychiatrique que nous avions créé à côté de l'Asile et dont, depuis 5 ans, j'assurais la direction clinique.

En mars 1931, la question des classifications fut à nouveau soulevée, mais cette fois par l'Association psychiatrique américaine ; le Président du Comité des statistiques me faisait observer que la province de Québec, seule dans l'ensemble des États-Unis et du Canada, n'utilisait pas la classification officielle des psychoses. Et il m'invitait, de manière très pressante, à l'adopter.

Je lui exposai ce qui avait été fait depuis 1924 et c'est avec

une très grande courtoisie qu'avec MM. Pollack et Brown, il accepta que la question soit étudiée de concert à l'occasion du Congrès de Toronto (1931).

Je savais, en effet, que la classification officielle américaine était loin de rallier tous les suffrages des psychiatres qui s'y trouvaient assujettis. Conçue par une majorité de surintendants d'asiles, elle constituait entre ceux-ci, qui fondèrent l'Association, et les cliniciens venus plus tard, moins soucieux des formes administratives, l'objet d'un conflit latent... et respecté. L'occasion était belle de faire jouer, au groupement canadien français, sa fonction naturelle d'examen critique et de conciliation éventuelle entre deux cultures aussi dissemblables que celles des Etats-Unis et de la France.

Mais, pour des motifs non psychiatriques, le problème devait être réglé sur un autre plan.

Je proposai qu'une réunion préparatoire permit à l'ensemble des psychiatres de la Province, d'étudier la classification américaine, de rectifier les erreurs ou les insuffisances de la nôtre et de chercher l'accord possible entre nos deux conceptions.

Cette réunion eut lieu à Québec, le jour que j'avais suggéré, mais je fus préalablement averti de n'y point paraître.

Fidèle aux engagements pris à Toronto auprès de membres influents de l'Association psychiatrique américaine, le surintendant général, fit procéder, par MM. Noël et de Bellefeuille, à une traduction de manuel officiel américain, la fit adopter et mettre en vigueur dès le 1^{er} janvier 1932.

Mais une surprise nouvelle était réservée au Comité de statistique de l'Association américaine. Si, dans l'ensemble, la traduction est fidèle, quelques variantes, fruit d'un compromis avec la classification de 1925, y ont été introduites, si bien que je pus entendre, l'an passé, au Congrès de Boston, un éminent psychiatre américain déclarer : on ne l'a dénaturée que juste ce qu'il fallait pour la rendre peu utilisable. C'est ainsi que l'on voit le N° 22 de la classification américaine : mental diseases... without psychosis, maladie mentale sans psychose, ce qui ne répond évidemment pas à ce que l'on a voulu exprimer, remplacé dans la classification de la province de Québec par une appellation meilleure à mon sens : N° 22. Psychopathes non délirants. Cette subdivision sert, dans les deux cas, à classer les épilepsies, alcoolisme, toxicomanies, arriération mentale simple, etc., sans délire.

Peut-être les statisticiens américains ont-ils été, à juste titre,

étonnés par cette note (page 6) que l'on ne trouve pas au-dessous du sommaire de leur propre classification (4^e édition, 1927).

« Dans cette classification, l'expression « Psychopathie » veut dire maladie mentale aiguë et chronique, tandis que l'expression « psychose » veut dire maladie mentale aiguë. »

Il suffit évidemment de s'entendre, mais de quelle utilité serait un vocabulaire de la psychiatrie, rédigé à la manière de celui de Lalande pour la philosophie, qui consacrerait au moins l'usage de certains mots et limiterait le ou les sens de quelques autres.

Pendant un an et demi encore, j'ai assisté à l'embarras de mes collègues qui se voyaient contraints, par exemple, de ranger, parmi les « *Paranoïa et états paranoïaques* » (N° 16), approximation de « *Paranoïa and paranoid state* » de la classification américaine, tous les ordres de délires systématisés avec « idées fixes de méfiance, de persécution et de grandeur » logiquement ordonnés. De même, il leur fallait ranger, parmi les « *Psychoses chez les psychopathes constitutionnels* » (N° 19) tout ce que les Américains classent sous la rubrique « *Psychoses avec personnalité psychopathique* ».

Cette macédoine comporte à la fois les pervers instinctifs, les vagabonds, les fugueurs aussi bien que les psychoses carcérales et, dans ces cas, la classification se fonde avant tout sur les modalités particulièrement antisociales du comportement introduisant à nouveau la confusion où des générations de cliniciens avaient mis tant de soins à nous donner quelques clartés.

A la veille d'un Congrès où l'on doit traiter de classifications psychiatriques, j'ai cru nécessaire de vous rapporter comment et pour quels motifs fut accompli ce changement de front qui, sur un point de technique, fait si étrangement contraste tant avec la passion d'indépendance et le bon sens du peuple canadien français, qu'avec les desseins si souvent proclamés par son élite intellectuelle.

La séance est levée à 19 heures.

Les Secrétaires des Séances,
P. COURBON et P. ABÉLY.

SOCIÉTÉS

Société de Neurologie de Paris

Séance du Jeudi 3 Mai 1934

Présidence : M. André BARBÉ, vice-président

Dystonies d'attitudes d'origine encéphalitique, par M. HEUYER.

Présentation de deux malades. Le premier est un garçon de 13 ans ; trois ans après une encéphalite typique apparaissent des troubles du caractère avec réactions médico-légales (vols), des troubles intellectuels (âge mental de 8 ans) et une contracture du membre supérieur droit qu'accompagne un torticolis spasmodique à renforcement paroxystique lorsque le malade lève le bras droit.

La deuxième malade est une jeune fille qui, à la suite d'une encéphalite, vit se développer une hypertonie du côté gauche avec des crises oculogyres. Un spasme de torsion rebelle à tout traitement aggrava le tableau clinique. La malade guérit cependant sans raison apparente. Cette guérison se maintint pendant deux ans. On assiste en ce moment à une reprise discrète des troubles hypertoniques qui précèdent par paroxysme.

L'auteur insiste sur ces troubles assez semblables aux dystonies d'attitude qui viennent se surajouter à l'hypertonie et dont le début est marqué par des poussées de contractures accompagnées de température.

Accidents oculaires au cours d'une ventriculographie, par MM. BAUDOUIN et PUECH.

Les auteurs rapportent le cas d'un malade, âgé de 42 ans, qui présentait un état confuso-déméntiel particulier avec euphorie, qui fit poser le diag-

nostic de tumeur du lobe frontal. Malgré une ponction lombaire et un examen du fond d'œil négatif, une ventriculographie fut pratiquée, qui détermina une amaurose transitoire qui dura 13 jours, ne laissant comme séquelle qu'une hémianopsie latérale homonyme puis en quadrant. Enfin se fit le retour à la normale.

Les auteurs discutent sur l'étiologie de tels accidents rapportés également par Masson en Amérique. Ils envisagent successivement la rupture d'équilibre, la lésion thalamique, le trauma direct, l'œdème cérébral.

Le fait que la cécité est souvent méconnue du malade lui-même est en faveur de l'hypothèse d'une *cécité corticale*.

DISCUSSION

M. HARTMANN pense qu'il s'agit souvent d'un traumatisme direct des voies optiques au-dessus de la corne occipitale.

M. LHERMITTE insiste sur les différences entre les cécités périphériques où le malade voit *noir* et les cécités d'origine centrale où le malade ne voit *rien*. C'est dans le second cas que l'hallucination est la plus fréquente.

M. BARUK a vu des cas d'épilepsie mortelle après ventriculographie.

Un cas d'apraxie pure, par MM. ALAJOUANINE et THUREL.

Présentation d'un malade qui, à la suite d'un ictus avec hémiplégié droite et aphasie, ne conserva comme séquelle qu'un trouble très particulier consistant en ce fait que le malade semble ignorer ce qui se passe à sa gauche et aussi son membre supérieur gauche tout entier.

Pas d'astéréognosie mais apraxie à la fois idéatoire et idéomotrice.

Le phénomène de la flexion des petits orteils, par M. THIERS.

L'auteur insiste sur la différence entre ce phénomène et celui de Bechterew-Mendel, avec lequel il peut d'ailleurs coexister. C'est un phénomène peu fréquent, signe de lésion organique discrète du faisceau pyramidal, et qui peut exister en dehors des signes de Babinski et de Bechterew-Mendel.

Hémispasme facial, par M. THUREL.

Après un véritable cours sur le spasme facial et les différences qui séparent les spasmes périphériques des spasmes d'origine centrale, l'auteur passe en revue les différentes thérapeutiques en vigueur et préconise l'alcoolisation du facial.

DISCUSSION

MM. BAUDOIN et HAGUENAU insistent sur la difficulté particulière de cette méthode et la fugacité fréquente de ses résultats.

Trois cas d'ataxie aiguë chez le singe après intoxication expérimentale, par MM. MOLLARET et STEFANOPOULO.

Ces auteurs ont réalisé à trois reprises chez le singe, par intoxication massive, un syndrome d'ataxie aiguë. Le substratum fondamental semble rési-

der dans l'atteinte labyrinthique que démontre particulièrement l'abolition des différentes variétés de nystagmus provoqué aux trois épreuves rotatoires, épreuves de choix pour l'exploration labyrinthique des animaux.

La soif morbide, Polydipsie élective par lésion hypothalamique,
par MM. J. LHERMITTE et ALBESSARD.

A propos d'un malade de 68 ans, atteint de polydipsie élective pour les spiritueux avec polyurie, hypnolepsie, déchéance sexuelle, et chez lequel la loge hypophysaire est normale, tandis que le liquide céphalo-rachidien présente une albuminose avec hypercystose et le sang une réaction de Bordet-Wassermann positive, les auteurs montrent que le diabète insipide comprend, en réalité, deux groupes de faits. Le premier, le plus important, où la polyurie apparaît primitive, le second où la polydipsie commande les modifications du taux de la diurèse. La pathogénie de ces deux états est nécessairement différente. Or, ainsi que le montre le malade présenté, la polydipsie peut s'entourer de caractères qui forment contraste avec le simple besoin de boire du diabète insipide ; elle se marque par une appétence pour les boissons fermentées ou gazeuses, qui flattent le palais et assouviennent, tout ensemble, un besoin physiologique et psychologique.

Un cas anatomo-clinique atypique de névrite hypertrophique progressive de l'enfance, par MM. SOUQUES et I. BERTRAND.

Les auteurs rapportent l'histoire clinique d'une femme de 60 ans, qui présentait depuis l'âge de deux ans une amyotrophie progressive à début distal, frappant les quatre membres. — Réaction de dégénérescence à l'examen électrique — troubles légers des sensibilités superficielle et profonde, abolition des réflexes ostéo-tendineux et cutané plantaire. — Augmentation considérable des nerfs périphériques ; mais, caractère *atypique*, il n'existait avec cette névrite hypertrophique, ni douleur, ni incoordination motrice, ni signe d'Argyll-Robertson, ni cypho-scoliose, ni tremblement intentionnel, ni scansion de la parole.

Au point de vue anatomique, lésions médullaires minimes consistant en une légère pâleur du faisceau de Goll. Lésions de schwannite hypertrophique fibrillaire au niveau des racines médullaires. Dans les nerfs périphériques, hyperplasie de l'endonèvre et schwannite hypertrophique lamellaire.

Encéphalite de nature indéterminée avec syndrome hypertensif et stase papillaire. Forme pseudo humorale, par MM. J. DEREUX et G. LIAGRE (de Lille).

Observation d'une jeune malade atteinte d'une encéphalite avec syndrome hypertensif et stase papillaire. Cette encéphalite, non épidémique, de nature indéterminée, a guéri en quelques mois, sous l'influence d'un traitement anti-infectieux. Les interventions chirurgicales ont montré la fréquence de ces affections. Les auteurs insistent sur l'aspect pseudo-tumoral qu'elles revêtent parfois et qui pose des problèmes pratiques de thérapeutique très importants.

A propos de la ventriculographie, par MM. Cl. VINCENT et P. PUECH.

Personne ne conteste aujourd'hui les immenses services qu'a rendus la ventriculographie dans le diagnostic des tumeurs du cerveau. Cependant, la ventriculographie ne permet pas toujours de résoudre le problème qui est posé aux neuro-chirurgiens par un syndrome d'hypertension intra-cranien et, dans certains cas, après la ventriculographie, on n'est pas plus avancé qu'avant. Dans certains cas, la ventriculographie ne peut être pratiquée parce que les ventricules ne peuvent être trouvés, et cependant le sujet porte bien une tumeur du cerveau.

Dans une autre catégorie de faits, l'injection d'air peut être pratiquée. Il existe une déformation des ventricules, et cependant on est en présence d'une encéphalite localisée, et non pas d'une tumeur.

P. MARESCHAL.

Société de Médecine légale de France

Séance du 14 Mai 1934

Présidence : M. DERVIEUX, président

L'enseignement criminologique, par M. DONNEDIEU DE VABRES.

M. Donnedieu de Vabres émet le vœu « qu'il soit tenu compte par une majoration de points dans les épreuves du concours d'admission à la magistrature, des diplômes délivrés par l'Institut de Criminologie de l'Université de Paris (section de droit criminel et de science pénitentiaire) et par les institutions qui, rattachées aux Universités des départements, ont le même objet et offrent des garanties semblables ». Ce vœu est adopté à l'unanimité.

**Usage de faux au cours d'un état confusionnel,
par M. GENIL-PERRIN et M^{me} LEBREUIL.**

M. Genil-Perrin et Mme Lebreuil rapportent l'histoire de l'escroquerie du million de la Loterie nationale, qui a ému récemment l'opinion publique et a failli ébranler le crédit de l'Etat. Cette affaire eut pour origine une réaction à peu près inconsciente d'un psychopathe en état subaigu, surve-

nue au milieu de circonstances et de coïncidences qui favorisèrent d'étranges répercussions. Le billet de loterie, maquillé par son possesseur en guise de plaisanterie, avait circulé de main en main dans deux localités différentes, les mystificateurs ne tardaient pas à détromper les mystifiés et ce n'était que prétexte à amusements. Mais tout changea lorsque le billet fut remis à Louis X... L'ami qui le lui avait donné après l'avoir dupé, l'avait détrompé. Mais Louis X... se trouvait alors dans un état subdélirant. Il resta perplexe et incertain sur l'authenticité du billet et le donna à son frère Roger qui, de bonne foi, se rendit au Pavillon de Flore et perçut le million. L'honnêteté de Roger apparut certaine, Louis fut arrêté et soumis à l'expertise mentale. Cette expertise fit ressortir de façon indubitable que Louis X... était atteint de troubles mentaux caractérisés par un syndrome confusionnel de faible intensité avec vestiges oniriques et adjonction de phénomènes de désagrégation de la personnalité, troubles remontant à trois semaines au moins avant le délit. Toute hypothèse de simulation put être écartée. Cet état psychopathique ayant commandé le délit, Louis X... fut déclaré irresponsable et fut interné d'office dans un asile d'aliénés où MM. Génil-Perrin et Mme Lebreuil purent continuer à l'observer. Depuis lors, son état psychique s'est amélioré, mais des craintes persistent encore pour la possibilité d'une évolution vers une psychose paranoïde.

A l'instruction, Louis X... avait tantôt avoué, tantôt nié qu'il ait été détrompé sur l'authenticité du billet, mais ni ses aveux, ni ses dénégations n'avaient de valeur car il ne savait pas lui-même ce qu'il croyait. Les auteurs font remarquer qu'il ne faut pas juger à la lumière de la psychologie normale ce qui se passe dans l'esprit d'un psychopathe qui n'est pas choqué par la contradiction et qui peut croire à la fois qu'il fait jour et qu'il fait nuit, que le billet est bon ou ne l'est pas.

Outre son côté pittoresque, cette affaire médico-légale montre que le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable, car tout portait à croire dans ce cas à une simulation qui dût cependant être totalement écartée. Elle fait ressortir une fois de plus, la nécessité du dépistage des psychopathes pour le bon ordre de la société.

La définition de la perversité, par M. BENON.

M. Benon estime que le pervers est un type humain bien défini, connu depuis la plus haute antiquité. Le magistrat peut le connaître aussi bien que le psychiatre. La Société doit l'emprisonner, non pas pour le punir, mais pour l'empêcher de nuire. La vanité de la peine a pour équivalent la vanité d'un traitement médical quelconque. La perversité-type est toujours associée à l'intelligence.

FRIBOURG-BLANC.

Société Française de Psychologie

Séance du Jeudi 19 Avril 1934

Présidence : M. LALO, président

Les types caractérologiques, par M. Max DESOIR,
professeur à l'Université de Berlin.

Après avoir critiqué les méthodes habituellement employées dans la détermination des types caractérologiques, M. Max Dessoir expose sa conception personnelle. Le type caractérologique est essentiellement une attitude par rapport à la vie, il doit être défini comme un mode d'orientation et de direction. De ce point de vue, on peut distinguer trois types essentiels :

1) l'homme qui est — c'est le sauvage, qui ne donne à sa vie aucune détermination, mais c'est aussi le religieux, l'ascète, qui tend vers le nirvana ;

2) l'homme qui vit — c'est le type du « bon vivant » ;

3) l'homme qui produit — son but est de réaliser un progrès. Il est triste, il a besoin d'être seul. Il croit à la réalité du spirituel. Il désire vivre pour autrui, ou autre chose : il pense qu'un caractère ne peut s'accomplir que par le don à une tâche, que, pour être un homme, il faut être plus que soi.

Le Président remercie M. Max Dessoir de sa remarquable conférence ; sa maîtrise du français a permis à tous les auditeurs d'en saisir la profondeur et les nuances.

Interviennent dans la discussion, MM. Pierre Janet, Lalande, Wallon, Guillaume, Dwelshauvers, Charpentier, Meyerson. M. Pierre Janet insiste sur la nécessité de tenir compte, dans l'établissement de types, de la force et de la faiblesse du caractère. M. Lalande s'étonne du paradoxe qui réunit dans un même groupe, celui de l'homme qui est, les nègres les plus primitifs et les moines bouddhistes. M. Wallon critique la notion de type psychologique : il y a discontinuité entre les individus ; les types, une fois définis, tendent à s'étendre démesurément et perdent toute signification précise. M. Guillaume critique la notion de la permanence des types. M. René Charpentier signale la transformation du type sous l'action de processus physiques, par exemple après un épisode fébrile ; d'autre part, on ne caractérise pas par un caractère, mais par un groupement de caractères. M. Meyerson souligne la tendance des romanciers à créer des personnages de moins en moins typiques, mais de plus en plus vivants.

D. LAGACHE.

Société Belge de Neurologie

Séance du 28 Avril 1934

Présidence : M. P. MARTIN, président

Tumeur médullaire visible à la radiographie, par M. P. MARTIN.

Présentation d'une malade de 60 ans qui se plaignait depuis six mois de douleurs lancinantes avec fourmillements dans les membres inférieurs, et qui avait présenté en outre des troubles psychiques. Il existait des troubles sensitifs à partir de D⁸-D⁹.

Une ponction lombaire, pratiquée dans un service de psychiatrie, fut suivie d'une paraplégie, et révéla un blocage complet par l'épreuve de Queckenstedt, et une dissociation albumino-cytologique très nette.

L'ablation d'un petit méningiome de la grosseur d'une noisette fut suivie de guérison complète.

L'intérêt du cas réside dans le fait que la simple radiographie stéréoscopique montrait l'ombre de la tumeur, très exactement délimitée dans l'intérieur du canal rachidien.

L'auteur attire l'attention sur le fait que l'épreuve du lipiodol n'est pas toujours indispensable et qu'une bonne radiographie fournit parfois des résultats aussi précis grâce aux modifications osseuses qui existent souvent aux environs de la tumeur.

La dégénérescence fibrillaire d'Alzheimer, par M. P. DIVRY.

L'auteur rappelle ses recherches sur les plaques séniles, qui ont démontré que le noyau central de ces lésions contient une substance amyloïde, biréfringente après imprégnation au rouge Congo.

Dans la dégénérescence dite neuro-fibrillaire d'Alzheimer, ce même précipité d'amyloïde se retrouve dans les cellules ganglionnaires.

Il ne s'agit donc pas dans cette lésion, comme on l'a cru jusqu'à présent, d'une métaplasie de l'appareil neuro-fibrillaire, mais d'un précipité d'une substance métachromatique qui prend l'iode comme l'amyloïde, et qui présente en outre une réaction iodo-sulfurique caractéristique. De plus, la réaction optique mise en évidence par l'auteur, démontre de façon certaine qu'il s'agit d'amyloïde, par sa biréfringence après imprégnation par le rouge Congo.

Toutes les lésions de la sénilité se résumeraient donc fondamentalement en un précipité d'amyloïde dû à des modifications humorales inhérentes à la vieillesse.

Paralysie ascendante de Landry avec névrite optique double sans lésions histologiques décelables, par MM. Rodolphe LEY et Ludo VAN BOGAERT.

Jeune homme de 17 ans. Début de l'affection par douleurs névralgiques dans le territoire du sciatique poplitée externe, à gauche d'abord, à droite ensuite ; paresthésies au niveau du pied et de la jambe et d'une ceinture de fourmillements ; nausées, vomissements ; signes d'infection généralisée et profonde.

Très rapidement s'installe une paraplégie flasque avec troubles sensitifs ; ces troubles sensitifs manquent aux membres supérieurs.

Les troubles cérébelleux ne peuvent être recherchés vu l'état de faiblesse du malade ; l'examen de l'œil dénote un œdème péri-papillaire net, une dilatation considérable des veines papillaires des deux côtés ; pas d'hémorragies. A l'œil gauche vision très compromise, à l'œil droit vision plus mauvaise encore. Très rapidement s'installe une quadriplégie flasque accompagnée de confusion mentale et d'incontinence des sphincters. La mort survient peu après.

Il est à remarquer que l'examen histopathologique détaillé de ce cas n'a révélé que des lésions peu importantes : au niveau de la moelle dorsale et cervicale haute, pâleur anormale de la région qui entoure le canal épendymaire ; à ce niveau, il y a un peu de fragmentation de la myéline des fibres et quelques varicosités anormales ; une seule figure de neuronophagie a été observée dans le champ du noyau dorsal vestibulaire ; les nerfs dans lesquels se sont manifestés des phénomènes douloureux au début de l'affection ne présentent pas de lésions.

Ce cas est à rapprocher d'un certain nombre d'observations décrites dans la littérature et où les vérifications anatomiques les plus minutieuses n'ont révélé aucune lésion médullaire ni névritique.

Tumeur cérébrale (oligodendrogliome) ayant évolué cliniquement comme une encéphalite aiguë, par MM. Anguste LEY, Rodolphe LEY et Ludo VAN BOGAERT.

L'observation concerne une femme de 43 ans et demi, sans antécédents personnels importants. Deux ans avant l'affection actuelle elle a été opérée pour volumineux fibrome utérin.

La maladie débute brusquement : étant occupée à écrire, la malade voit brusquement son bras droit se soulever et il se déclenche un accès d'épilepsie jacksonienne à laquelle la malade assiste consciente. Elle tombe de sa chaise sans perdre connaissance. Des accès de même caractère se répètent les jours suivants, avec la même localisation, mais moins intenses que le premier. Cependant, le tableau clinique change rapidement : peu à peu se produit de l'excitation psychique avec fièvre, qui oscille entre 39 et 40°. Cette excitation s'aggrave et arrive à un état submaniaque accompagné de troubles de l'orientation et d'hallucinations, surtout olfactives. L'état psychique s'aggrave progressivement, la fièvre persiste, d'énormes phlyctènes apparaissent sur les membres inférieurs ; la malade sombre dans le coma ; celui-ci dure 10 jours et la malade succombe après une évolution de maladie de 20 jours. Ce tableau clinique faisait penser à une encéphalite aiguë. Le fond de l'œil était normal, la ponction lombaire avait révélé une glycorachie fortement augmentée (plus de 1 gr.). A l'autopsie, on découvre une

formation qu'on prend pour un foyer hémorragique dans la portion moyenne de la région rolandique gauche.

L'examen histologique montre qu'il s'agit en réalité d'une tumeur très riche en cellules, très uniformes d'aspect et de taille ; les limites sont nettes, la forme souvent polygonale avec protoplasma clair ; les mitoses sont assez nombreuses ; il n'existe aucune manifestation inflammatoire, les caractères histologiques imposent le diagnostic d'oligodendrogliome. Cette éventualité est d'autant plus remarquable que cette variété de tumeur se signale ordinairement par un décours extrêmement prolongé.

Volumineuse tumeur interhémisphérique (présentation de la pièce anatomique), par M. P. MARTIN.

Il s'agit d'un homme de 30 ans, qui présentait une hémiparésie gauche très peu marquée et une stase papillaire double.

L'intervention permit l'extirpation d'une énorme tumeur interhémisphérique développée aux dépens de la faux du cerveau, de consistance cartilagineuse (myxo-chondrome), de forme ovoïde et du volume d'une petite tête de fœtus.

La tumeur qui refoulait complètement et comprimait le corps calleux et les deux hémisphères, s'accompagnait d'un minimum de symptômes. L'énorme cavité laissée par la tumeur après l'intervention a dû être bourrée de compresses qui ont été ensuite retirées progressivement.

Suites opératoires normales. Guérison. Le contrôle encéphalographique a montré que le cerveau a repris sa place.

J. LEY.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

NEURO-PSYCHIATRIE

Les névroses (Le névrosi), par SANTE DE SANCTIS, in *Trattato italiano di Medicina interna*, Milan 1931.

Le célèbre professeur de Rome a écrit en quelques pages un exposé didactique très clair de séméiologie et de pathogénie des affections névrotiques. Ce groupe de névroses a perdu beaucoup de terrain depuis 50 ans, mais il décrit dans ce cadre, à côté de la neurasthénie et de l'hystérie, l'épilepsie essentielle. Après quelques généralités de vulgarisation sur les névroses, leur composante organique et psychique et leur thérapeutique, M. Sante de Sanctis aborde l'étude de la neurasthénie, dont il trace un tableau historique et séméiologique d'autant plus intéressant qu'il s'agit d'un cadre psychopathique « passé de mode chez nous ». Les études sur l'épuisement nerveux donnent un regain d'actualité à ce chapitre un peu trop oublié. La conception de l'hystérie qu'il défend se rapproche de celle de Claude et de Marinesco. Il n'admet pas, comme la plupart des auteurs étrangers et la plupart des aliénistes français, que les phénomènes hystériques soient réductibles à une pure suggestion. On trouvera, dans le chapitre qu'il consacre à l'épilepsie, un passage et des photographies de grand intérêt sur l'anatomie pathologique de l'épilepsie.

Henri Ey.

Les paresthésies de la cérébration, par M. DIVRY. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, Mars 1933).

M. Divry désigne sous le terme de paresthésies de la cérébration, « des sensations anormales, étranges, pénibles et éminemment inquiétantes pour le sujet, qui peuvent accompagner les divers processus psychologiques ». Cérébration est, pour lui, synonyme d'élaboration psychique. Cette élaboration, silencieuse à l'état normal, se traduit par des phénomènes psychologiques harmonieux, qui révèlent l'unité du moi. A l'état pathologique, la conscience est perturbée par des sensations anormales pénibles, les pares-

thésies. M. Divry décrit, dans les paresthésies ainsi comprises, les phénomènes d'incomplétude, la perte du sentiment du réel, le sentiment d'automatisme, le sentiment de dépersonnalisation, bref tous les phénomènes de psychologie pathologique, décrits et étudiés en France par P. Janet, Dugas, à l'étranger par Krishaber, sous le nom de névropathie cérébro-cardiaque. Passant en revue les diverses théories proposées pour rendre compte de ces troubles, il expose le point de vue de Ramsay Hunt et de Storch, d'inspiration neurologique. Mais, en réalité, ces tentatives d'explication sont incomplètes et insuffisantes, étant donné la complexité des troubles en question. Il faut faire une part au fonctionnement central. C'est ici que Janet a eu le mérite de proposer une théorie générale : celle de la tension psychologique, de ses oscillations et de son insuffisance chez les psychasthéniques. M. Divry voit le mécanisme de la perte du sentiment du réel dans la chute fonctionnelle du moi instinctif, dynamique, qui dirige en fait la vie consciente. En règle générale, il faut en revenir, malgré l'intérêt de certaines explications trop neurologiques, à des troubles de la synthèse psychologique, conditionnés par un manque d'intégration des processus affectifs dans le moi intime.

A côté de ces essais d'explication, il y a des hypothèses sur le substratum anatomo-physiologique de ces troubles. Celle de Frankhauser attribue aux six couches du cortex des fonctions spécialisées, dont la dissociation pourrait expliquer certains aspects des paresthésies de la cérébration. Cette explication n'est probablement qu'une transposition de l'explication psychologique. Il n'en est pas moins vrai que certaines affections telle que l'encéphalite épidémique réalisent des troubles ayant tous les caractères de ceux que l'on considère comme d'origine psychogène. L'épilepsie peut s'accompagner de phénomènes psychiques : sentiment d'étrangeté, d'irréalité du monde extérieur associés à des hallucinations olfactives et gustatives (syndrome épileptique unciné). L'étude des paresthésies de la cérébration permet de plus d'aborder les phénomènes psychiques plus complexes de la pathologie mentale (automatisme mental de la schizophrénie, états délirants chroniques) avec une méthode qui peut jeter quelque lumière dans leur mécanisme complexe et difficile.

SENGÈS.

Troubles du dessin chez des malades atteints d'autotopagnosie (*Zeichenstörungen bei Patienten mit Autotopagnosie*), par G. ENGERTH (de Vienne). *Zeitschr. f. d. ges. Neuro. u. Psych.*, 1933, Tome CXLIII, p. 381 à 403.

Il s'agit de trois malades dont deux présentaient une autotopagnosie du visage et une agnosie des doigts, et le troisième, seulement une agnosie des doigts. Il y avait chez eux agraphie, acalculie, troubles de la discrimination de la droite et de la gauche et désorientation dans l'espace. Il existait dans un cas une hémianopsie homonyme droite. Chez ces trois malades, il y avait des troubles importants du dessin, qui frappaient particulièrement le dessin du visage et de la main. Seuls un certain nombre de symptômes pouvaient être rapportés « à la perte de la catégorie de direction dans l'espace » (J. Lange). Dans les altérations du dessin comme dans le comportement général du malade, il existait un deuxième trouble fonctionnel primaire important : *une incohérence de la représentation du corps propre, du schème corporel*, c'est-à-dire de cette fonction qui a été particulièrement étudiée par Schilder, Hoff, Goldstein, et Gelb que de pareils exemples montrent irré-

ductible à une simple altération du souvenir : L'autotopagnosie est en effet un trouble des opérations constructrices par lesquelles se forme l'idée du corps et de l'espace. Cet intéressant article est illustré des dessins des malades. Il porte la marque de la Clinique de Vienne, dirigée par O. Pözl. Peut-être l'examen des dessins d'enfants étudiés par Luquet pourra permettre au lecteur des comparaisons fécondes.

Henri Ey.

Les accès de sommeil incoercible (gli accessi di sonno incoercibile), par R. BERNARDI. *Il Cervello*, 15 septembre 1933, p. 337 à 355.

L'auteur rapporte quelques observations curieuses de sommeil incoercible chez des psychopathes. Il rappelle la notion classique que ces accès surviennent plus chez les hommes que chez les femmes. M. Bernardi a observé une malade de 45 ans, démente précoce, morte d'une néphrite aiguë qui avait duré 2 mois. Elle présentait depuis un an un sommeil très profond dans les premières heures de l'après-midi, qui durait 3/4 d'heure. A l'autopsie, on ne mit en évidence aucune lésion de la région infundibulo-tubérienne. Le cas aurait été plus démonstratif sans la notion d'une néphrite terminale qui rend, sinon probable, tout au moins possible la nature toxique de la narcolepsie. Parmi les autres malades observés, il cite deux maniaques dépressifs en période de dépression et une épileptique dont les crises cessèrent et qui, après leur disparition, a présenté un aspect acromégalique et des crises de narcolepsie. Bibliographie.

Henri Ey.

Narcolepsie à forme héréditaire, par R. A. TKATCHEW. (*Sovietskaia neuropatologua, psichiatria i psichogigiena*, T. II, fasc. 2, 1933).

M. Tkatchew réunit les observations de 4 familles où la narcolepsie a revêtu un caractère nettement héréditaire. L'observation d'une famille dont 12 membres appartenant à 5 générations successives ont été atteints de la même infirmité, est particulièrement intéressante à cet égard.

L'auteur suppose qu'il s'agit d'une lésion organique de l'encéphale, siégeant vraisemblablement dans la région avoisinant le plancher du III^e ventricule et intéressant la substance grise le long de l'aqueduc de Sylvius. Cette localisation paraîtrait la plus vraisemblable, non seulement parce qu'elle intéressait la région considérée comme étant le centre du sommeil, mais surtout en raison de la présence de nombreux noyaux neuro-végétatifs qui s'y échelonnent. Cette interprétation donnerait une explication logique au cortège de signes relevant du système neuro-végétatif et qui précèdent ou accompagnent les crises de narcolepsie.

FRIBOURG-BLANC.

La Palilalie occulte et les moyens de la dépister, par L. STERLING (*Rocznik Psychjacyjny*, fasc. XXI, 1933).

L'auteur souligne la fréquence des cas de parkinsonisme post-encéphalitique qui s'accompagnent de troubles de la parole sous forme de palilalie. Sterling a eu l'occasion de rencontrer des malades chez lesquels la palilalie a revêtu une forme occulte. En dehors d'une multitude de formes de troubles post-encéphalitiques, M. Sterling distingue deux types de malades :

l'un dont le faciès donne l'impression de dépression, l'autre dont le masque est figé dans une expression euphorique. Les malades appartenant à ce type présentent souvent des troubles de la parole, dont la définition musicale est qualifiée par l'auteur d'« *accelerando* » et de « *decrecendo* » et qui s'achève dans un marmonnement incompréhensible. Ce trouble de la parole peut être accompagné d'un trouble analogue de l'écriture ou réduit à ce dernier. Les caractères, d'abord gros, s'achèvent dans une micrographie illisible. C'est un véritable équivalent de palilalie et, chez de tels malades, il s'agit de palilalie occulte qu'on peut mettre en évidence de deux façons :

1° par la manœuvre d'hyperpnée (respirations forcées pratiquées pendant un certain nombre de minutes) ;

2° par une injection intraveineuse de 1 cm³ d'adrénaline. Les deux manières combinées se renforcent et donnent des résultats très sûrs chez les parkinsoniens à l'expression pseudo-euphorique. Par contre, la méthode échoue chez les parkinsoniens au faciès pseudo-déprimé. Cette particularité est un argument contre l'origine psychique de la palilalie des parkinsoniens, qui ferait partie du syndrome amyostatique et appuyerait la pathogénie extra-pyramidale.

FRIBOURG-BLANC.

De la psychopathologie du parkinsonisme post-encéphalitique, par L. MATECKI (*Rocznik Psychjatriczny*, fasc. XXI, 1933).

À propos de deux observations de troubles psychiques survenus au cours du parkinsonisme post-encéphalitique. Matecki présente une analyse psychopathologique des affections du mésencéphale. L'auteur partage les idées de Bonhoeffer au sujet des troubles essentiels post-encéphalitiques qui résultent du déséquilibre entre le système pallidal et le néo-encéphale. Par suite des troubles du système pallidal, la vie affective et instinctive se dégagent du contrôle des appareils mnésiques d'association et la vie psychique du sujet se trouve dirigée par les instincts primitifs. Le polymorphisme clinique des troubles encéphalitiques dépend du degré de la destruction de toutes les sphères de la personnalité en dehors des instincts. De là découle la grande variété de la psychopathologie post-encéphalitique dont les symptômes s'échelonnent depuis les manifestations névropathiques jusqu'aux psychoses du type de la schizophrénie. Ces considérations prouvent également la complexité de « l'appareil refoulant » et permettent de supposer que les lésions des noyaux centraux détruisent l'appareil refoulant, tout en ménageant les refoulements antérieurement établis, qui constituent une réserve orthogénétique formée par les représentations psychiques corticales.

FRIBOURG-BLANC.

Crises postencéphalitiques combinées (narcolepsie, cataplexie, crises oculogyres) (Kombinierte, postencephalitische Anfälle (Narcolepsie, Kataplexie, Blickkrämpfe), par I. VADASZ. *Archives Suisses de Neurologie et de Psychiatrie*, vol. XXXII, fasc. 1^{re}, 1933.

À l'occasion d'une observation de crises de cataplexie et de narcolepsie chez un encéphalitique, l'auteur fait un aperçu sur l'état actuel de la question de la narcolepsie. Il étudie la narcolepsie essentielle qu'il paraît considérer comme un cadre nosologique d'attente sans toutefois exprimer une

opinion ferme, et les narcolepsies symptomatiques, parmi lesquelles celles de l'encéphalite épidémique, occupent une place importante. L'anatomie pathologique et la physiopathologie sont également traitées. La thérapeutique est plus décevante dans les formes essentielles que dans les formes symptomatiques. En ce qui concerne le problème des relations de la narcolepsie et de l'épilepsie, l'auteur estime que nos connaissances actuelles ne permettent pas de la trancher ; il est cependant probable que les deux affections sont apparentées entre elles.

E. BAUER.

Les crises myotoniques dans l'encéphalite chronique épidémique à forme parkinsonienne (Crisi oculari miotoniche nell encefalite cronica epidemica a forma parkinsonoide), par le Dr Jacopo NARDI. *Riv. di pato. nerv. e ment.*, septembre-octobre 1933, p. 317 à 364.

Revue générale d'une question à laquelle ce travail n'apporte pas de contribution bien nouvelle, si ce n'est quatre observations détaillées. L'auteur émet l'hypothèse que le symptôme serait dû à la fatigue et représenterait un phénomène de répercussivité sur les centres mésentéphaliques.

Henri Ey.

Encéphalite épidémique et encéphalite grippale (Encéphalitis epidemica und Grippe encephalitis), par C. BAUMANN et H. DE LEEUW (d'Amsterdam). *Zeitschr. f. d. ges. Neuro. u. Psych.*, 1933, Tome CXLIII, p. 403 à 426.

A l'aide de trois observations détaillées, les auteurs concluent avec prudence qu'il est extrêmement difficile, dans la pratique, de diagnostiquer l'encéphalite grippale de l'encéphalite léthargique. Il semble que l'encéphalite léthargique peut se présenter sous une forme atypique et abortive.

Henri Ey.

ASSISTANCE

Dix ans de fonctionnement d'un service d'observation et de triage neuropsychiatrique à la Salpêtrière, par M. CROUZON. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 31 octobre 1933).

M. Crouzon expose le fonctionnement du centre d'observation créé en 1922 à la Salpêtrière, dans les locaux autrefois réservés à l'isolement des malades agités. Il comprend six chalets d'isolement et un pavillon comprenant trois salles communes et quelques chambres, au total 55 lits. Le régime est le régime hospitalier normal. La durée moyenne du séjour des malades a été d'un mois environ, sauf pour des paralytiques généraux soumis à la malariathérapie ou à la stovarsolthérapie dont le séjour peut être beaucoup plus long. Sur 3.456 malades, 2.428 ont pu sortir à leur domicile ou en convalescence, 884 ont été internés, soit 25 p. 100 environ. Toutes les formes cliniques sont représentées. Il faut noter, d'une part, l'importance des petits syndromes mentaux qui ne pouvaient être traités autrefois, en dehors de l'Asile, et le nombre important des paralytiques généraux. Les résultats globaux du traitement de cette dernière catégorie de malades par

la malariathérapie montrent 44 0/0 de succès thérapeutiques (38 0/0 chez les hommes, 55 0/0 chez les femmes). Le fonctionnement de ce service pendant 10 années montre « l'utilité des services ouverts pour psychopathes qu'ils soient placés dans les hôpitaux ou qu'ils soient juxtaposés aux Asiles d'aliénés ».

SENGÈS.

L'Assistance psychiatrique en Algérie et le futur Hôpital psychiatrique de Blida, par A. POROT. *L'Algérie médicale*, mai 1933.

Les efforts du professeur Porot aboutissent enfin à la création d'un hôpital psychiatrique algérien. La colonie entretenait 1.400 aliénés dans les asiles de France. Jamais un projet d'assistance régionale n'avait pu aboutir avant celui de 1929, qui prévoit un crédit de 25 millions pour l'hospitalisation de 700 malades. La répartition a commencé dans des locaux réservés des hôpitaux généraux d'Alger, Oran et Constantine. L'établissement psychiatrique spécial est installé à Blida. La question ethnique a compliqué le travail des architectes. Elle exige un fractionnement supplémentaire des groupes de malades. Il a fallu réaliser cinq divisions : indigènes mâles, européens mâles, femmes indigènes, femmes européennes, enfants. Dans chaque division d'adultes, les quartiers répartissent légalement travailleurs, agités, gâteux, etc... Ajoutons les services d'admissions, les infirmeries. Les organisateurs ont pensé à ménager la possibilité de la surveillance d'ensemble, à éviter des symétries architecturales hâtives en vue d'extensions futures. 110 lits sont prêts. Il y a un dernier problème — essentiel — à résoudre : confier les services d'aigus des hôpitaux généraux et ceux de l'hôpital psychiatrique à un personnel médical suffisamment nombreux et instruit pour que l'entreprise donne le maximum de résultats.

P. CARRETTE.

Les problèmes de l'assistance mentale aux Colonies, par E. L. PEYRE. *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, année 1933. 1 brochure, 53 pages. Ministère des Colonies. Imprimerie Nationale, 1934.

La question de la pathologie mentale aux Colonies n'est pas nouvelle, mais son importance a été longtemps méconnue. A cet état de choses, le médecin-commandant E.-L. Peyre reconnaît deux causes ; l'une technique : l'ignorance de toute thérapeutique active avant le retentissement de la malariathérapie de von Jauregg ; l'autre administrative : l'urgence des problèmes épidémiologiques qui ont dominé pendant les périodes d'organisation. La Belgique, les Pays-Bas, l'Angleterre ont devancé la France dans le domaine de l'assistance des aliénés aux Colonies. L'auteur passe en revue nos dépendances lointaines. Dans certaines, rien n'a été prévu ; l'isolement et les soins sont affaire d'opportunité ; le transfert dans la métropole est un moyen compliqué et illogique. Par ailleurs, on trouve d'anciennes organisations bien conduites, quoique privées de médecins spécialistes, ainsi à la Réunion, à Madagascar. Enfin des colonies ont un système d'assistance complet : c'est l'Indochine qui vient en tête, grâce surtout à l'asile de Bienhoa. On sait les efforts récents accomplis dans l'Afrique du Nord et la réalisation importante qui se développe en Algérie. L'Asile de Blida était une nécessité. Des organi-

sations sont réclamées à la Guyane, à Dakar, à Hanoï, à Brazzaville et dans plusieurs autres régions. Des questions liées à la médecine coloniale s'ajoutent à celles qui préoccupent les spécialistes métropolitains. Les infections et les intoxications tropicales, le service social, la psychothérapie sont des problèmes qui ne peuvent être traités avec compétence que par des administrateurs et des médecins rigoureusement spécialisés.

P. CARRETTE.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Les névroses comme facteurs de la vie sociale, par A. FALKOWSKI. (*Rocznik Psychiatryczny*, fasc. XXI, 1933).

Par opposition aux psychoses, le milieu dans lequel vit le malade, et les facteurs extérieurs jouent un rôle prépondérant dans les névroses. Ici les influences exogènes provoquent la maladie.

La névrose est une réaction malade du sujet en conflit avec les conditions de la vie. C'est une maladie sociale. L'histoire enseigne que l'humanité a subi des épidémies de névroses diverses, comme elle a subi des épidémies des maladies infectieuses. Falkowski souligne que l'époque actuelle a créé une nouvelle « névrose de crise économique », caractérisée par un état d'incertitude et d'anxiété, auquel s'associe le trouble de la « fonction du réel », de Janet. Certaines tendances modernes menacent la société d'une autre névrose nouvelle, celle de la « maternité consciente ».

FRIBOURG-BLANC.

La stérilisation des Aliénés et des Criminels au point de vue médical, par J. HAMEL. Conférence faite à l'Association Lorraine d'Etude Anthropologiques. 1 brochure, 30 pages. *Revue Lorraine d'Anthropologie*, 1933.

Préconisée en Angleterre, appliquée aux Etats-Unis, surtout en Californie, la stérilisation obligatoire s'applique aux dégénérés psychiques, aux sourds-muets, aux épileptiques, aux criminels. Elle trouve des défenseurs et des détracteurs au sein même des associations eugéniques qui existent aujourd'hui dans la plupart des grands pays. Le point de vue de Hamel exprime une opinion avant tout médicale, rationnelle et pratique. Pour cet auteur, la stérilisation ne peut se proposer en France au médecin comme une mesure utile, en dehors même de toute difficulté d'application. S'il s'agit de prévoir les effets de l'hérédité, rien n'est moins sûr, et toutes les surprises ont été signalées. Pour les aliénés internés chroniques, la stérilisation ne rend aucun service. Les arriérés peuvent être dirigés, surveillés, les psychopathes également. Toutes les mesures prévues par les théoriciens de l'hygiène mentale sont à appliquer ; elles suffisent à protéger la société sans le recours à la stérilisation ; elles envisagent la lutte contre le taudis, l'éducation morale, l'orientation professionnelle, l'organisation des cliniques, des consultations, des colonies familiales, le certificat pré-nuptial.

P. CARRETTE.

Alcoolisme et lagminisme en Tunisie, par M. DINGUIZLI. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, séance du 24 octobre 1933).

Le « lagminisme » est une variété d'intoxication provoqué par l'usage du lagmi ou vin de palme. *Le lagmi fermenté* est un liquide alcoolique dont la teneur en alcool est de 8° à 10° ; une seconde fermentation utilisée par les indigènes produit une saveur nettement acétique. *Ce lagmi fermenté* est utilisé par les indigènes pour provoquer l'ivresse : les hommes s'y adonnent dans la proportion de 98 0/0 et les femmes elles-mêmes les imitent. L'ivresse lagminique, semblable à l'ivresse alcoolique, provoque des réactions antisociales chez un certain nombre de sujets, prédispose à la paresse et indirectement à la propagande politique. Elle constitue un danger social véritable en Tunisie. L'auteur demande à l'Académie de nommer une Commission qui donnera son avis sur un certain nombre de propositions qui pourraient être faites, sous l'autorité de l'Académie, aux Pouvoirs publics de la Régence. La communication de M. Dinguizli est renvoyée à la Commission de l'Alcoolisme.

SENGÈS.

THÉRAPEUTIQUE

La ponction sous-occipitale dans la pratique neuro-psychiatrique, par M. Mares CAHANE. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, février 1933).

La ponction sous-occipitale essayée par Westenhöfer en 1905 fut d'abord appliquée dans les cas où la ponction lombaire ne peut être exécutée (blocage sous-arachnoïdien, calcification ligamenteuse, examen au lipodol). Son usage s'est répandu surtout à l'étranger. Benedek et von Thurzo ont pratiqué à la Clinique de Debreczin plus de 7.000 ponctions sous-occipitales sans aucun accident. Son utilité, en dehors des calcifications ligamenteuses de la région lombaire est manifeste dans les cas d'arachnoïdite avec blocage sous-arachnoïdien, méningite localisée, tumeurs de la moelle. L'exploration des ventricules est plus facile en utilisant la voie sous-occipitale et nécessite l'insufflation d'une quantité d'air beaucoup moindre.

Le traitement par la voie sous-occipitale peut être indiqué dans certains cas de méningite cérébro-spinale cloisonnée, pour l'introduction de la toxine antitétanique, etc. Certains auteurs ont fait des recherches sur le traitement de l'épilepsie par l'insufflation ventriculaire.

La ponction sous-occipitale ne doit être faite que par des médecins expérimentés.

SENGÈS.

Les accidents de la ponction lombaire. I. Rapports avec le système neuro-végétatif (Sui disturbi da puntaro lombare. Note 1. Rapports cal systema nervoso vegetativo), par le Dr Arturo PACIFICO (Sassari). *Riv. di pato. nerv. e. mentale*, juillet-août 1933, p. 1 à 26.

Les recherches ont porté sur 100 sujets. Les troubles n'ont pas apparus chez les sujets en état d'hypotonie neuro-végétative. Ils ont été fréquents chez ceux qui présentaient un tonus normal ou une hypertonie du système

autonome, particulièrement chez ceux qui présentaient des oscillations assez vives. Il n'est pas possible de prévoir ces accidents en se basant seulement sur l'hypersympathicotomie. En dehors des modifications de pression du liquide la ponction lombaire provoque une hypotension de tout le système à laquelle succède une phase vagotonique transitoire, puis une phase sympathicotomique plus durable. Des recherches ultérieures sont nécessaires pour affirmer que les troubles dépendent de modifications vaso-motrices encéphaliques.

Henri Ey.

L'affaiblissement psychique et ses relations avec le volume de la circulation cérébrale (Mental Deterioration and Deficiency. Its Consideration from the Standpoint of Certain Cerebral Vascular Volume Relationships), par Temple FAX. *The American Journal of Psychiatry*. T. XII, n° 5, pp. 893-928, mars 1933.

Certains sujets, à la suite de psychoses aiguës, au cours de l'évolution d'états méningés, de tumeurs ou de l'épilepsie, présentent brusquement des signes d'affaiblissement intellectuel avec apathie et inertie. L'auteur montre l'importance capitale dans l'évolution de ce syndrome du déséquilibre circulatoire résultant d'une augmentation soudaine de la pression intracrânienne. La thérapeutique qui s'impose tend à supprimer l'hydrocéphalie interne par la ponction et l'excès de tension veineuse par la déshydratation générale. Les résultats sont parfois très rapides, même dans certaines formes anciennes avec l'apparence de la chronicité.

P. CARRETTE.

Photothérapie. Radiations photochimiques et photothermiques (Light Therapy. Photochemical et Photothermal Radiation), par David CORCORAN. *The Phychiatric Quarterly*. T. VII, n° 2, pp. 234-244, avril 1933.

L'héliothérapie, l'utilisation des rayons ultra-violet (photochimie) et infra-rouges (photothermie) ont donné à l'auteur des résultats encourageants dans des états de ralentissement des fonctions endocriniennes, dans les convalescences interminables d'accès dépressifs, dans les asthénies. Combinés avec les irradiations de rayons X à doses stimulantes, ces moyens thérapeutiques peuvent même rendre plus accessibles à la réadaptation des sujets atteints de manifestations stuporeuses pour lesquels on craignait l'évolution de processus schizophréniques.

P. CARRETTE.

Equilibre vago-sympathique et anesthésies, par George PASCALIS. *Le Progrès Médical*, n° 18, p. 814, 6 mai 1933.

Les déséquilibres du système neuro-végétatif ont vis-à-vis des anesthésiques généraux des réactions qu'il importe de connaître. Ceux qui ont un ralentissement considérable du poulx à l'occasion de la recherche du réflexe oculo-cardiaque sont menacés de syncope mortelle ; il faut leur injecter de l'atropine. Les sympathicotoniques, au contraire, offrent une résistance exagérée à l'anesthésie et doivent être traités par le salicylate d'ésérine. Pascalis ajoute que la sécurité opératoire est encore augmentée du fait que le rétablissement de l'équilibre vago-sympathique permet d'économiser 40 0/0 de la dose utile d'anesthésique.

P. CARRETTE.

Arsenicaux et nerf optique, par Charles ROCHE. *Provence Médicale*, n° 20, pp. 17-18, 15 mai 1933.

Certains ophtalmologistes signalent les accidents oculaires redoutables et imprévus provoqués par le traitement de la syphilis par les composés arsenicaux. Les premières observations incriminaient l'atoxyl; récemment, c'est le stovarsol et l'acétylarsan qu'on a accusés. La cécité survient rapidement, malgré la précaution de l'examen favorable du fond de l'œil, malgré la conduite prudente de la cure. Les auteurs font une distinction entre les composés pentavalents et les autres. Les trois sels responsables sont pentavalents et les arsénobenzols qui sont trivalents ne provoquent pas d'accidents oculaires. Cependant Roche fait observer que le cacodylate, composé arsenical de la première catégorie, a pu être injecté à forte dose sans danger. Néanmoins, les faits sont là; nous devons être prudents, savoir qu'il y a des risques et avertir les intéressés.

P. CARRETTE.

Intolérance aux arsénobenzènes et petit éthylysme mondain, par H. MONTLAUR. *Archives hospitalières*, n° 2, pp. 86-87, mars 1933.

Les petits éthyliques qui s'ignorent, surtout buveurs d'apéritifs, placés devant l'obligation de se soumettre au traitement d'attaque de la syphilis, présentent parfois de l'intolérance aux arsénicaux utilisés en injections intra-veineuses. Les premiers signes sont subjectifs. Il est inutile de persévérer: les troubles digestifs s'aggraveront rapidement. M. Montlaur conseille de substituer le traitement bismuthique, de mettre le patient au régime et d'administrer des cholagogues. Bientôt il sera possible de reprendre la médication arsenicale et de la mener à bien.

P. CARRETTE.

Un cas d'intoxication cyanhydrique motivée par une injection de cyanure de mercure chez un malade tabétique (Un caso de intoxicación cianhídrica con motivo de una inyección de cianuro de mercurio, en un enfermo tabético), par Fulgencio FEUERTES PÉREZ. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*. T. XXXVI, n° 13, pp. 376-378, 1 avril 1933.

L'intoxication cyanhydrique est caractérisée par la dyspnée, l'angoisse, l'accélération du pouls, parfois la syncope. Au cours du traitement par le cyanure en injections intraveineuses, elle résulte généralement d'une erreur de technique: injection poussée brutalement et trop rapidement. L'auteur insiste sur ce point. Il est regrettable de priver un malade d'une médication supérieure à l'arsenic et au bismuth dans certaines formes de syphilis, uniquement pour une faute dans l'administration du traitement, alors que l'intolérance du sujet n'est que très secondairement en cause.

P. CARRETTE.

Contribution clinique et expérimentale au traitement des psychoses endogènes par l'Hématoporphyrine (Klinisches und Experimentelles zur Behandlung der endogenen Psychosen mit Hämatoporphyrin), par I. HÜBNERFELD. *Psychiatrich-Neurologische Wochenschrift*, 1933, n° 23.

L'auteur donne l'Hématoporphyrine par voie buccale: 3 fois 10 gouttes par jour, et dans les cas plus graves, il associe au traitement buccal les injections. L'administration de doses élevées n'a été suivie d'aucun trouble.

Aux doses normales, le médicament est éliminé exclusivement par le foie et apparaît dans les matières fécales ; aux doses élevées, il apparaît également dans l'urine. L'auteur a traité par l'Hématoporphyrine les états dépressifs et mélancoliques.

E. BAUER.

Effet de l'administration d'amytal sodique et de rhodanate de sodium sur les malades mentaux (The Effect of the Administration of Sodium Amytal and Sodium Rhodanate on Mental Patients), par Meyer M. HARRIS et Siegfried E. KATZ. *The American Journal of Psychiatry*. T. XII, n° 5, pp. 1065-1083, mars 1933.

Le nombre des barbituriques employés dans la pratique psychiatrique est considérable. L'amytal, isolé par Shonle et Moment en 1923, mérite-t-il de figurer en bonne place dans la thérapeutique ? Les auteurs l'ont utilisé avec succès surtout pour calmer l'agitation d'allure maniaco-dépressive. Il peut être absorbé par la bouche et, si on désire un effet rapide, être injecté dans les veines à raison de 0 gr. 10 par minute jusqu'à la narcose obtenue entre 0,50 et 1 gramme en solution à 10 0/0. Le rhodanate est moins maniable ; son action calmante est inconstante, fugace et sa toxicité paraît provoquer des troubles généraux, des nausées et des désordres cutanés.

P. CARRETTE.

Dix années d'expérimentation du traitement de l'épilepsie par la diète cétogène (Ten Years' Experience in the Treatment of Epilepsy with Ketogenic Diet), par Henry F. HELMHOLZ et Haddow M. KEITH. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXIX, n° 4, pp. 808-812, avril 1933.

Les résultats pratiques de la diététique spéciale dans l'épilepsie varient sans doute avec le problème étiologique. Dans les cas favorables, l'explication expérimentale peut être invoquée : on connaît en effet le pouvoir convulsivant de l'acide acétyl-acétique et de son dérivé sodique, plus considérable que celui des dérivés acétoniques. L'élimination de ces corps toxiques accompagne souvent celle du chlorure de sodium au cours du jeûne des épileptiques. La diète cétogène rendrait également effective la restriction hydrique dans les essais de suppression des crises convulsives.

P. CARRETTE.

Traitement de la chorée grave par le sulfate de magnésie (Tratamiento de la corea grave por el sulfato de magnesio), par W. LÓPEZ ALBO. *Archivos de Neurobiologia*, T. XIII, n° 2, pp. 307-313, mars-avril 1933.

Les effets inhibiteurs des sels de magnésie sur le système nerveux, la musculature cardiaque et respiratoire, constatés par expérimentation, ont été utilisés dans le domaine clinique. On injecte des solutions à 20 0/0 de sulfate, en commençant par 0 gr. 20 chaque jour. Si l'injection sous-cutanée est trop peu active, on a recours à la voie veineuse ou même intrarachidienne. L'amélioration des phénomènes spasmodiques a été rapidement obtenue dans les 3 cas cités.

P. CARRETTE.

Résultats du traitement de la sclérose multiple par le cacodylate de soude à hautes doses (Results of the treatment of multiple sclerosis with sodium cacodylate in large doses), par S. KOSTER. *Acta Psychiatrica et Neurologica*. T. VIII, fasc. 4, pp. 669-689, Copenhague, 1933.

Douze patients ont été traités par le cacodylate de soude en injections de 20 à 40 cgrs chaque jour, pendant 20 jours ; les séries ont été renouvelées après une pause d'un mois au moins. Koster déclare que chez tous les malades, les résultats furent satisfaisants ; pour les uns, les troubles spasmodiques ou paralytiques diminuèrent, pour d'autres l'évolution fut enrayée pendant des années.

P. CARRETTE.

Traitement de l'athétose et de la dystonie par section du tractus moteur extrapyramidal (Treatment of Athetosis and Dystonia by Section of Extrapyramidal Motor Tracts), par Tracy J. PUTNAM. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXIX, n° 3, pp. 504-521, mars 1933.

Les mouvements anormaux involontaires de la choréo-athétose et des dystonies résultent d'une irritation du cervelet, du striatum ou des voies motrices secondaires. L'expérimentation permet d'étudier la dégénérescence des voies du tonus et de la coordination. Sur ces bases, une thérapeutique chirurgicale est instituée. La section prépyramidale de la moelle cervicale a permis d'obtenir la guérison dans 2 cas. L'opération a été suivie de signes légers et fugaces de déficience motrice et d'hémianalgésie. Un cas de paralysie agitante juvénile consécutive à l'encéphalite fut opéré sans succès.

P. CARRETTE.

Le traitement de la méningite tuberculeuse par l'allergine de Jousset, par Georges SCHREIBER. *Le Bulletin Médical*, n° 10, pp. 174-175, 11 mars 1933.

L'allergine de Jousset n'est ni un sérum, ni un vaccin. Elle provoque des décharges toxiques destinées à réveiller l'allergie du malade. Son action est à la merci d'une question de dose ou de technique. Dans la méningite bactérienne, les risques de la méthode ne peuvent jamais constituer une contre-indication et le faible pourcentage des guérisons (7 0/0 d'après Jousset) est suffisant pour entretenir un peu d'espoir en regard de l'insuccès total des autres thérapeutiques.

P. CARRETTE.

Le traitement du vertige, par J. RAMADIER. Réunion d'Enseignement Oto-Laryngologique, 17 avril 1932. *Annales d'Oto-Laryngologie*, n° 1, janvier 1933.

Les traitements du vertige sont nombreux, comme sont variées les causes qui le déterminent. Parfois un calmant de la sensibilité vestibulaire, un antispasmodique suffisent. Le type névritique est souvent justiciable du traitement antisypilitique. L'adrénaline, la trinitrine, l'acétylcholine s'adressent aux formes d'origine circulatoire avec l'adjonction d'une diététique appropriée ou de la physiothérapie. Si la cause est endocranienne il faut généralement recourir aux moyens chirurgicaux. Contre la compression on possède la ponction lombaire, la trépanation occipitale ou pétreuse suivant qu'il s'agit de libérer les voies vestibulaires ou l'oreille interne. Enfin

il y a des formes graves qui résistent à la trépanation labyrinthique et posent le problème de la section du nerf auditif, intervention délicate, s'imposant rarement en dehors des cas de tumeurs de l'acoustique.

P. CARRETTE.

Vertige de Ménière, Diagnostic et Traitement (Ménière's Disease. Diagnosis and Treatment), par C. C. COLEMAN et J. G. LYERLY. *Archives of Neurology and Psychiatry*. T. XXIX, n° 3, pp. 522-537, mars 1933.

Coleman et Lyerly ont réuni 10 cas de vertige de Ménière nettement définis et indépendants de la névralgie du trijumeau. Les attaques vertigineuses violentes étaient accompagnées de nausées et de vomissements, parfois de para- et d'hypoacousie. Ces 10 cas ont été guéris rapidement par section intracrânienne de la huitième paire. L'intervention n'offre que des risques minimes : légère instabilité motrice rapidement améliorée à l'occasion de mouvements brusques ou de changements de position.

P. CARRETTE.

Nouveau traitement de la morphinomanie (Neue Behandlung der Morphin-sucht), par M. SAKEL (de Berlin). *Zeitschr. f. d. ges. Neuro. u. Psych.*, 1933, Tome CXLIII, 506 à 534.

M. Sakel développe les idées qu'il avait défendues dès 1930, en préconisant une nouvelle méthode de traitement de l'état de besoin. En atteignant le besoin, on atteint les sources mêmes de la morphinomanie, qui sont essentiellement neuro-végétatives. Il préconise la privation rapide du toxique et l'administration de barbituriques. On administre en même temps 4 fois par jour 15 à 20 unités d'insuline. Il publie une observation qui a la valeur d'une démonstration.

Henri Ey.

Essais de traitement de l'agitation schizophrénique par des ponctions lombaires abondantes (Über Behandlungsversuche schizophrener Erregungszustände mittels ausgiebiger Lumbalpunktion), par W. KLIMKE. *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, 1933, n° 4.

Après ponction lombaire abondante (22-24 cm³), l'auteur a constaté une accalmie, se produisant un quart-d'heure après la ponction, et se maintenant pendant 6 à 18 jours. Des ponctions répétées eurent le même résultat, dans quelques cas l'accalmie fut définitive après plusieurs ponctions. Dans 5 cas, sur les 12 traités par cette méthode, le résultat a été nul, l'agitation n'a pas été influencée par la ponction lombaire.

E. BAUER.

Notes sur la psychothérapie des psychopathes schizoïdes (Notas sobre la psicoterapia de los psicópatas esquizoïdes), par Angel GARMA. *Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades*. T. XXXVI, n° 8, pp. 240-244, 25 février 1933.

Les états schizoïdes relèvent de la psychothérapie dans des conditions précises qui diffèrent avec le type clinique évolutif. Deux observations de

Garma sont démonstratives sur ce point : l'une concerne une psychopathie du type obsessionnel, l'autre une forme de dépersonnalisation. L'étude des survivances infantiles indique que l'obsédé doit être rééduqué dans sa volonté et que l'autre malade, victime du milieu familial, a besoin d'une réadaptation basée sur l'éclaircissement du symbolisme délirant où s'est égarée son affectivité.

P. CARRETTE.

La malariathérapie et le traitement salicylé dans la schizophrénie, par M^{me} M. BRUN et K. MIKULSKI. (*Rocznik Psychjatryczny*, fasc. XXI, 1933).

Mme Brun et Mikulski exposent pour la période de 1926-1930, les résultats qu'ils ont obtenus dans le traitement de la schizophrénie par la malariathérapie. Les résultats sont classés en 5 groupes : 1° rémissions complètes ; 2° rémissions moyennes ; 3° améliorations peu marquées ou transitoires ; 4° absence de changement ; 5° aggravation. Sur un total de 86 malades, Mme Brun et Mikulski obtiennent 43,8 0/0 de succès chez les hommes, 26 0/0 chez les femmes. La plus grande fréquence des rémissions chez les hommes se rencontre également chez les schizophrènes non impaludés. En résumé, les auteurs préconisent l'emploi de la malariathérapie dans la schizophrénie : 1° dans les cas récents et sans contre-indication ; 2° dans les cas compliqués de syphilis ; 3° dans la schizophrénie symptomatique avec étiologie syphilitique.

Parallèlement à la pratique de la malariathérapie, Mme Brun et Mikulski ont traité 21 schizophrènes récents (15 hommes et 6 femmes) par des injections intraveineuses de salicylate de soude. Les avantages de cette dernière médication sont : 1° l'absence de réaction fébrile, ce qui permet de la réserver pour les cas où la pyrétothérapie est contre-indiquée ; 2° les injections intraveineuses sont en général bien supportées ; 3° le traitement ne nécessite pas d'hospitalisation.

Le traitement salicylé convient particulièrement : a) aux malades ayant un terrain infectieux ; b) aux inaptes à l'impaludation ; c) aux tuberculeux subfébriles ; d) aux malades en état de cachexie et de dénutrition ; e) aux malades présentant des troubles trophiques ; f) aux agités psychomoteurs.

FRIBOURG-BLANC.

Le traitement de la paralysie générale par la malaria, par St. SWIERCZEK. *Nowiny Psychjatryczne*. T. X, nos 1 et 2, pp. 26-63, 1933.

Dans la première partie du rapport, l'auteur passe en revue la bibliographie relative à la malariathérapie de la paralysie générale dans les années 1930-32, en tenant compte de l'étiologie, de la pathogénie et du traitement de cette affection, et il constate, à la suite de l'analyse des publications, que la théorie de neurotropisme n'est pas suffisamment fondée, de même que l'hypothèse de Gerstmann sur la transformation du processus paralytique sous l'influence de la malariathérapie.

La deuxième partie de ce travail contient une statistique des résultats du traitement des malades à Dziekanka, dans les années 1931 et 1932 (8 cas d'amélioration sur 26 malades), résultats qui ne justifient pas l'optimisme de nombre d'auteurs dans l'appréciation des heureux effets de l'impaludation.

Paralysie générale et malariathérapie (Demenza paralitica e malarioterapia), par SÂNTÉ DE SANCTIS (de Rome). *Rassegna clinico-scientifica*, 1933, n° 1.

Conférence faite à la Clinique Médico-psychiatrique de Rome, aux élèves de l'Ecole supérieure de Malarialogie. Exposé didactique de la séméiologie de la paralysie générale, suivi d'une statistique portant sur 223 cas traités, dont 46 tabo-paralysies. Il y a, dit-il, 50 0/0 de chances de succès, mais succès ne veut pas dire guérison. La malariathérapie est une bonne arme contre les psychoses syphilitiques et la paralysie générale.

Henri Ey.

La diathermie dans le traitement de la paralysie générale (Diathermy in the Treatment of General Paralysis), par Harry J. WORTHING. *The Psychiatric Quarterly*. T. VII, n° 2, pp. 245-254, avril 1933.

Les avantages de la diathermothérapie de la paralysie générale sont connus. On contrôle actuellement avec précision les accès thermiques. Worthing signale néanmoins la difficulté de renouveler les séances pour les sujets turbulents dont les mouvements risquent de provoquer des douleurs et des brûlures. Il déclare utiliser le traitement qui lui paraît le plus opportun : malaria, tryparsamide ou diathermie, suivant les cas.

P. CARRETTE.

Considérations sur les résultats de la thérapeutique dans un cas de paralysie générale juvénile (Consideraciones sobre los resultados de la terapéutica en un caso de parálisis general juvenil), par VALLEJO NÁJERA. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*. T. XXXVI, n° 20, p. 575, 20 mai 1933. Académie Nationale de Médecine, séance du 14 mai 1933.

Chez l'enfant, en face de cas complexes, avec symptomatologie mentale imprécise associée à des signes d'atrophie tabétique, de névrite optique, le traitement spécifique et l'impaludation peuvent échouer. L'auteur considère alors comme seule efficace l'injection d'air portée directement au niveau des espaces sous-arachnoïdiens (inyecciones intracisternales).

P. CARRETTE.

Tentatives de sérothérapie de la paralysie générale (Tentativas de suero-terapia en la parálisis general), par L. CIAMPI et I. B. ANSALDI. *Boletín del Instituto Psiquiátrico* (Rosario), n° 16, pp. 132-137, janvier-février-mars 1933.

La méthode, dérivée de l'impaludation de Wagner-Jauregg, a été surtout utilisée par Piolti. Elle consiste à obtenir les accès fébriles en portant au niveau des tissus nerveux, par injection intrarachidienne répétée, du sérum de paralytique général en rémission notable, clinique et humorale, après malariathérapie, ou encore du sang défibriné de paralytique impaludé en cours d'accès. Ciampi et Ansaldi estiment que le principe de la méthode (avec ses variantes techniques), est excellent parce que plus direct et mieux contrôlé que l'impaludation courante.

P. CARRETTE.

Essais de thérapeutique par la transfusion du sang dans la paralysie générale (Therapeutische Versuche mit Bluttransfusion bei progressive Paralyse), par E. SZEGÖGLY. *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, 1933, n° 23.

La transfusion du sang de convalescents a une action favorable sur l'état général dans les cas de paralysie générale avec état physique defectueux. Celui-ci étant amélioré, les traitements classiques sont ensuite mieux supportés. Toutefois, l'auteur n'a observé aucun résultat favorable dans les cas très avancés de démence paralytique.

E. BAUER.

Les directives de la thérapeutique endocrinienne, par Noël FIESSINGER. *Journal des Patriciens*, n° 12 bis, pp. 193-198, 29 mars 1933.

Revue générale d'une excellente conception didactique. L'endocrinologie a une thérapeutique dont les composants sont, d'une part, les masses sous forme d'organe frais ou d'extrait, d'autre part les hormones, destinées à suppléer la fonction d'organes insuffisants. Fiessinger met en première ligne : la surrénale, la thyroïde, l'hypophyse, l'ovaire, le pancréas dont on connaît bien les produits opothérapiques, et en deuxième ligne : la parathyroïde, le testicule, le thymus, le foie, la moelle et le rein dont on retire des produits d'une efficacité trop peu éprouvée. La thérapeutique de freinage utilise surtout la radiothérapie et des médications neutralisantes qui peuvent être humorales (hématoéthyoïdine). Les modes d'administration, les adjuvants, le contrôle clinique et humoral sont précisés brièvement dans toutes les éventualités pathologiques.

P. CARRETTE.

La migraine, sa pathogénie et son traitement par l'extrait hypophysaire, (Migraine, its pathogenesis and treatment with hypophysis extract), par K. ZEINER-HENRIKSEN. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, T. VIII, fasc. 4, pp. 701-721, Copenhague, 1933.

La migraine typique est une affection cérébrale ; elle existe souvent chez des prédisposés. Zeiner-Henriksen se rallie à la conception de Quincke, qui considère la migraine comme un état aigu d'hydrocéphalie séreuse. Cet accident serait inhibé par l'action de la pituitrine en injections intramusculaires de 0,5 à 1 cm. Les résultats ont été favorables dans la moitié des cas traités par l'auteur.

P. CARRETTE.

Effets de la vagotonine dans l'hypertension artérielle, par ABRAMI, SANTE-NOISE et BERNAL. *La Presse Médicale*, n° 17, pp. 329-331, 1 mars 1933.

L'étude clinique de la vagotonine met en évidence la valeur thérapeutique de cette hormone pancréatique dans l'hypertension. Elle n'abaisse pas la tension normale et paraît peu active dans certaines formes jeunes, fonctionnelles. Par contre, même chez des sujets scléreux avancés, elle régularise le tonus des hypertendus en période d'ascension de la pression. La baisse de tension est lente, progressive ; elle s'obtient avec une dose de 20 milligrammes en moyenne, 2 heures après l'injection. Les résultats obtenus avec

la vagotonine sont durables. Les injections peuvent être renouvelées sans provoquer d'accidents — sauf quelques cas d'urticaire — et constituer une arme efficace contre les paroxysmes vaso-constricteurs des hypertendus sympathicotoniques.

Note brève sur quelques cas de goître exophtalmique traités par la thyroïdectomie (Nota previa sobre algunos casos de bocio exoftálmico tratados con tiroidectomía), par G. DURÁN. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*. T. XXXVI, 18, pp. 514-521, 6 mai 1933.

L'opération recommandée est la thyroïdectomie subtotale en un ou plusieurs temps, précédée ou non par la ligature avec section des artères thyroïdiennes. Toutefois, il existe des cas où la prédominance des troubles neuro-végétatifs indique formellement une intervention directe sur le sympathique cervical. L'auteur rappelle que le métabolisme basal reste le pivot du pronostic ; très élevé, il commande les plus expresses réserves sur les suites opératoires. Le traitement médical avant et après la thyroïdectomie doit permettre d'opérer dans les meilleures conditions. L'administration d'iode et de digitale a réduit considérablement les risques. On peut espérer influencer rapidement le rythme du cœur, l'état des échanges, l'éréthisme nerveux. Il faut être moins exigeant pour certaines réactions végétatives, pour le tremblement et l'exophtalmie.

P. CARRETTE.

MÉDECINE LÉGALE

Le crime, mode de réaction schizophrénique (Crime in Schizophrenic Reaction Type), par James HUNTER MURDOCH. *The Journal of Mental Science*. T. LXXIX, n° 325, pp. 286-297, avri 1933.

Le service psychiatrique des prisons reçoit un certain nombre de sujets dont la manifestation psychosique initiale a été un acte délictueux. Du point de vue social, ce sont les plus intéressants. D'autres étaient manifestement aliénés au moment du crime, d'autres encore, considérés à tort ou à raison comme psychiquement sains, n'ont été touchés que beaucoup plus tard par leur état démentiel. L'auteur montre l'importance du traitement et du contrôle prolongés des sujets jeunes — de 16 à 21 ans, — à hérédité suspecte, ayant donné des preuves de mauvais équilibre psychique.

P. CARRETTE.

Comportement impulsif inhabituel par troubles du développement. (Über ungewöhnliche Triebhandlungen bei prozesshafter Entwicklungstörung), par Johannes SCHOTTKY. *Zeitschr. f. d. ges. Neuro. u. Psych.*, Tome CXLIII, 1933, p. 38 à 56.

Observation d'une jeune délinquante de 21 ans, qui avait pratiqué une série de vols impulsifs. Les actes antisociaux avaient la valeur d'actes incoercibles et sans intérêt pour la malade. Les vols étaient pratiqués seulement dans « les mauvais jours » (le 13, le 7). Elle avait au contraire de « bons jours » (3-9), et des « jours passables » (le 5-10-15). L'expertise

médico-légale conclut à sa responsabilité. Malgré cela, le Tribunal l'acquitta. Elle fut tuée peu de temps après dans un accident sur la voie publique. L'autopsie montra un infantilisme remarquable de ses organes sexuels.

Henri Ey.

Contribution au signe de Witas, sur le diagnostic du sexe d'un dormeur, par les Docteurs CALLIS et CARBO. (*Anales de medicina legal, psiquiatria y anatomia patologica*, tome I, n° 3, mars 1933, Barcelone).

En 1931, le Dr Witas, d'Alger, signalait qu'il existait une relation entre les plis des draps de lit et le sexe du dormeur. L'homme froisse son drap de dessous en un « plissé serré », plis longitudinaux correspondant à la zone d'appui du corps : dos et fesses. La femme, au contraire, ne laisse que quelques plis plus accusés, mais éloignés les uns des autres. Il est ainsi facile de situer dans un lit la place de l'homme et de la femme ou de dire si le lit a été occupé par un homme ou par une femme.

Ce signe ayant été récemment discuté à la Société de Médecine légale, par les Docteurs Duvoir, Desoille et Bernard, les auteurs se sont efforcés de réunir un grand nombre d'observations : 421, comprenant 302 hommes et 119 femmes. Les résultats furent nettement positifs et exacts dans 69,35 0/0 des cas, aussi bien dans un sexe que dans l'autre. Les résultats furent douteux dans 20,19 0/0 des cas ; ils furent inexacts dans 10,45 0/0 des cas. En somme, le facteur d'erreur probable dans l'interprétation du signe de Witas serait de 30,5 0/0.

LAUZIER.

Le Mensonge et le Témoignage chez l'enfant, par M. SCHACHTER. (*Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, septembre 1933).

Le mensonge peut être considéré, chez l'enfant normal, comme une manière de défense contre la contrainte sociale, qu'il ne comprend pas ; il tient également à sa perception insuffisante du réel, à la prédominance de l'imagination, et, dans une certaine mesure également, au mauvais exemple, car l'enfant est également doué d'une spontanéité qui est tout l'opposé du mensonge d'origine sociale. On ne peut guère parler du mensonge au point de vue social et médico-légal chez l'enfant avant l'âge de six ans. Il étudie ensuite le mensonge chez les enfants anormaux, enfants *hystériques*, *débiles mentaux*, *pervers instinctifs*, et il montre son importance au point de vue médico-légal. Le témoignage des enfants en général, et des enfants anormaux, en particulier, doit être soigneusement contrôlé, surtout en matière d'accusations portées contre des maîtres d'école ou d'autres personnes accusées de sévices, attentats aux mœurs, etc. L'analyse de la mentalité infantile, l'interrogatoire, le contrôle du témoignage des enfants, doivent être réservés à des experts psychologues, consultés surtout dans les affaires médico-légales.

SENGÈS.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances.

La *séance supplémentaire* du mois de JUIN de la Société Médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 14 juin 1934*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre de la Clinique de la Faculté.

La *séance ordinaire* du mois de juin de la Société Médico-psychologique aura lieu exceptionnellement le *lundi 25 juin 1934*, à 4 heures *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La Société Médico-psychologique ne tiendra au mois de JUILLET qu'une seule séance. Cette séance, réservée à des présentations, aura lieu le *jeudi 12 juillet 1934*, à 9 heures 30 *très précises*, à l'Hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'Amphithéâtre du Pavillon Magnan.

Dîner annuel.

La Société ayant décidé de rétablir le dîner annuel, ce dîner aura lieu le *lundi 22 octobre 1934*.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Médaille d'Honneur de l'Assistance Publique.

Médaille d'Or :

M. le Dr FRANKHAUSER, Médecin-Directeur de l'Asile public d'aliénés de Stéphanfeld (Bas-Rhin).

Médaille d'Argent :

M. PETITJEAN, Directeur administratif de l'Asile public d'aliénés du Mans (Sarthe).

Médaille de Bronze :

M. le Dr J.-P. MANS, Médecin-Chef de l'Asile privé faisant fonction d'Asile public d'aliénés de Leyme (Lot).

Nominations.

M. le D^r RONDEPIERRE est nommé Médecin-Directeur de l'Asile public d'aliénés de Fains (Meuse) ;

M. le D^r FASSOU est nommé Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Marseille (Bouches-du-Rhône).

M. le D^r DAUSSY est nommé Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Lesvellec (Morbihan).

Postes vacants.

Sont déclarés vacants :

un poste de Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Rennes (Ille-et-Vilaine) ;

un poste de Médecin-Chef à l'Asile public d'aliénés de Saint-Venant (Pas-de-Calais).

Concours pour 2 places de Médecin des Asiles de la Seine.

A la suite du Concours, ouvert le 1^{er} mai 1934, M. le D^r MARTIMOR et M. le D^r R.-D. ANGLADE ont été nommés *Médecins des Asiles de la Seine*.

Association Amicale des Internes et Anciens Internes des Asiles de la Seine.

L'Assemblée générale de l'Association Amicale des Internes et Anciens Internes des Asiles publics d'aliénés du département de la Seine, aura lieu le *lundi 25 juin 1934, à 18 heures*, au siège de la Société Médico-psychologique, 12, rue de Seine, à Paris.

Cette Assemblée générale sera suivie du *dîner annuel*, qui aura lieu le *lundi 25 juin 1934, à 20 heures*, au Restaurant Bernard, 29, place de la Madeleine.

Les demandes d'inscription à l'Association et les adhésions au dîner annuel sont recueillies par le *Secrétaire* : D^r Paul COURBON, Médecin-Chef à l'Asile de Vaucluse, à Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Journées d'Études d'Hygiène mentale (Anvers, 14 et 15 Avril 1934).

A l'occasion du dixième anniversaire de la Section anversoise de la Ligue nationale d'Hygiène mentale, ont eu lieu, dans les locaux de l'Ecole de Médecine tropicale, deux journées qui ont obtenu le plus légitime succès.

De nombreux confrères hollandais et belges, des représentants de la magistrature et du barreau ont discuté, dans un esprit de cordiale collaboration, une série de communications.

Après que le D^r R. NIJSSEN, ouvrant par une courte allocution la première séance, eut rendu hommage à la mémoire du Roi ALBERT, on entendit exposer les travaux suivants :

Premiers résultats de la loi de défense sociale à l'égard des anormaux et récidivistes (1931 à 1933), par le D^r Louis VERVAECK (de Bruxelles) ;

La loi hollandaise sur les psychopathes et son exécution, par le D^r J.-A.-J. BARNHOORN (de Heilw, Hollande) ;

Quelques difficultés de l'application de la loi de défense sociale, par le D^r ERN. DE CRAENE (de Bruxelles) ;

Pronostic social et pronostic psychiatrique dans la récidive des délinquants anormaux, par le D^r ALEXANDER (de Bruxelles) ;

Le travail de l'hygiène mentale à l'égard des délinquants primaires et la condamnation conditionnelle, par M. le prof. COLLIN (de Louvain) ;

Sur une adaptation désirable de la loi de défense sociale du 9 avril 1930 à la législation générale sur le régime des aliénés et vice-versa, par le D^r MEEUS et M^e VAN GEYT (d'Anvers) ;

L'asile de Tournai sous l'égide de la loi de défense sociale. Le reclassement des malades mentaux délinquants, par le D^r OLIVIERI (de Tournai) ;

La loi de défense sociale et les avocats, par M^e R. VICTOR (d'Anvers) ;

Le crime passionnel et la loi de défense sociale, par le D^r E. DE GREEFF (de Louvain) ;

Les conditions de la tutelle psychiatrique des enfants de justice, par le D^r Paul VERVAECK (de Bruxelles) ;

Prophylaxie de la délinquance des jeunes psychopathes, par le D^r G. VERMEYLEN (de Bruxelles) ;

Le problème fondamental de la clinique psychologique, par M. FAUVILLE (de Louvain) ;

L'origine de la malhonnêteté chez l'enfant, par le D^r R. DELLAERT (d'Anvers).

Au déjeuner, qui réunit les participants, divers toasts furent portés, insistant sur les bons résultats de la collaboration entre médecins et magistrats, ainsi que sur l'heureuse signification de la réussite de cette réunion bilingue.

J. LEY.

Le nombre des suicides en France.

La statistique du nombre des suicides en France, de 1925 à 1930, donne les résultats suivants :

1925	7.822
1926	7.861
1927	7.907
1928	7.744
1929	7.568
1930	7.915

soit 19 à 20 suicides pour 100.000 habitants.

Une nouvelle classification psychiatrique américaine.

Dans sa réunion du 27 décembre 1933, le Conseil de l'*American Psychiatric Association*, sur la proposition de son Comité de Statistique, a adopté le projet d'une nouvelle classification psychiatrique.

Réunion Internationale d'Eugénique (Zurich, 18-21 juillet 1934).

La *Fédération Internationale des Sociétés d'Eugénique* tiendra son Assemblée biennale à Zurich, du 18 au 21 juillet 1934, sous la présidence du Professeur Ernst RÜDIN.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

